

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

MALARIA CHEZ LES ENFANTS

ET SUR SON TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue publiquement le mardi 18 Décembre 1894
à 3 heures.*

PAR

LÉON NÈGRE

EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE, ANNÉES 1885-1886
INTERNE DE PREMIÈRE CLASSE, HOPITAL CIVIL D'AIN-TRÉMOUCHENT, ANNÉES 1887-1888
ET CONSTANTINE (ALGÉRIE), ANNÉES 1889-1890.

Examineurs: { MM. SIMON, président.
SCHMITT, professeur.
PARISOT, agrégé.
HAUSHALTER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1894

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

MALARIA CHEZ LES ENFANTS

ET SUR SON TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue publiquement le mardi 18 Décembre 1894
à 3 heures.*

PAR

LÉON NÈGRE

EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE, ANNÉES 1885-1886

INTERNE DE PREMIÈRE CLASSE, HOPITAL CIVIL D'AIN-TRÉMOUCHENT, ANNÉES 1887-1888

ET CONSTANTINE (ALGÉRIE), ANNÉES 1889-1890.

Examineurs: { MM. SIMON, président.
SCHMITT, professeur.
PARISOT, agrégé.
HAUSHALTER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1894

FACULTÉ DE MEDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I .

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I .

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I , COZE , I ,
V. PARISOT , I , HERRGOTT , I , HECHT , I , BEAUNIS , I .

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM  , I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I  , professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I  , professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I  , professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I  , professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I  , professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I  , professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I  , professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I  , professeur.
Hygiène	M. MACÉ, A  , professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I  , professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I  , professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, A  , professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, A  , professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A  , professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER A  , agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT A  , agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN A  , agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A  , agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, A  , agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A  .	MM. REMY, A  .	MM. HAUSHALTER, A  .
VAUTRIN A  .	P. PARISOT, A  .	FÉVRIER.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, , I , ROHMER, A .

M. F. DES CILLEULS, , A , Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MA FEMME ET A MON FILS ROBERT

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRÈRES FORTUNÉ ET LÉOPOLD

A MON ONCLE

ET

A MES TANTES MATHILDE ET CAMILLE

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE D^r LEGRAND

DE NANCY

A MADAME V^{ve} ESTELLE LEGRAND

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL SIMON

A MES MAÎTRES

DES ÉCOLES DE MARSEILLE, D'ALGER ET DE LA

FACULTÉ DE NANCY

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

MALARIA CHEZ LES ENFANTS

ET SUR SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

Pendant notre séjour en Algérie, tant dans la province d'Oran que dans celle de Constantine et en dernier lieu dans la province d'Alger à Boufarik, nous avons été frappé par la fréquence de la malaria chez les enfants, soit au point de vue du nombre des cas, de leur gravité, ou des formes diverses qu'elle présentait.

Si, dans les premiers temps de la colonisation, les enfants comme les adultes payèrent un lourd tribut à la fièvre paludéenne, depuis, l'intensité de la culture, les vastes plantations, en un mot les progrès de l'hygiène

sous toutes les formes, desséchement des marais, canalisations, etc., en ont peut-être atténué les effets ; mais il n'en reste pas moins un fait incontestable, c'est que, chez les enfants, elle est encore très fréquente en certaines régions, comme la plaine de la Mitidja.

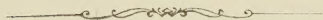
Ce point de pathologie infantile a été traité par des auteurs plus compétents que nous ; nous risquerions en voulant de nouveau le traiter en entier d'être ni aussi complet ni aussi clair dans nos descriptions ; le cadre que nous nous sommes tracé sera beaucoup plus restreint ; nous nous efforcerons de relater de notre mieux les observations personnelles et autres que nous avons recueillies et d'en exposer ce qui nous a paru le plus intéressant.

Nous avons pu aussi nous rendre compte que certains modes d'administration de la quinine, qui réussissent fort bien chez l'adulte, ne donnent pas d'aussi bons résultats chez l'enfant pour plusieurs raisons que nous développerons plus loin.

A ce sujet, un chapitre sera consacré au traitement qui nous a paru le plus sûr, le plus pratique et le plus efficace dans les cas que nous avons observés.

Avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous remercions vivement M. le professeur Paul Simon de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit permis d'adresser ici à nos maîtres de l'école de Marseille l'expression de notre sincère reconnaissance pour les savantes leçons qu'ils nous ont données; à nos maîtres aussi de l'école d'Alger et de la Faculté de Nancy et particulièrement MM. Heydenreich, doyen de la faculté, professeur de clinique chirurgicale; Chrétien, professeur de médecine opératoire; Bernheim, Spillmann, professeurs de clinique médicale; ainsi qu'à M. Pierre Parisot, professeur agrégé, notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555809_0005

CHAPITRE PREMIER

Historique. — La malaria était la maladie dominante dans la plaine de la Mitidja au début de l'occupation française. — Elle sévissait surtout sur les enfants. — Elle est encore très fréquente de nos jours. Les enfants des villes sont moins touchés que ceux des campagnes. — Ils sont atteints les premiers par le tellurisme et cette affection est plus grave chez eux que chez l'adulte.

La malaria est de tous les pays, il n'est pas de contrée où elle n'existe plus ou moins, c'est là un fait bien connu ; ses ravages et son intensité sont tels en certains endroits qu'il est presque impossible d'y séjourner même quelques heures sans être plus ou moins atteint.

Aussi, cette question a-t-elle passionné les médecins de tous temps, et nombreux sont les travaux des auteurs à ce sujet.

Chacun a écrit d'après ses observations personnelles et la plupart du temps sur les lieux où existait le poison tellurique, qu'il se manifestât en pays de marais ou dans des contrées arides, montagneuses et desséchées ; nous ferons de même.

Un des points les plus fertiles et les plus riches de l'Algérie est sans contredit la plaine de la Mitidja qui s'étend surtout au sud d'Alger entre les deux zones montagneuses de l'Atlas et du Sahel. Le sol est en grande partie argileux, la disposition générale, celle d'une immense cuvette ; peu élevée au-dessus du niveau de la

mer ; les eaux s'y écoulent difficilement, soit vers le Massafran, rivière située à l'ouest de Boufarik (1) ; soit vers le Hamiz et l'Harrach, rivières situées au nord-est de cette même ville.

Bien des points ne sont encore que d'immenses marais dont la terre est légèrement salée ; ces marais se remplissent d'eau l'hiver et se dessèchent l'été laissant à nu des quantités de mousses et d'algues qui, en se décomposant au soleil, dégagent des miasmes dangereux.

Aujourd'hui cette plaine est presque cultivée en entier, elle est recouverte en plusieurs points de vastes plantations et des villes, des villages ont été construits là où des marais pestilentiels interdisaient, à quiconque voulait s'y installer, d'y demeurer plus de vingt-quatre heures sans être gravement atteint par la malaria ; de ce nombre sont Boufarik, jolie petite ville aux grandes rues bien aérées et ombragée par de nombreux platanes ; Oued-El-Alleug, Chebli, Birtouta, villages situés autour de Boufarik.

Interrogez les quelques rares colons de la première époque de l'occupation française, ils vous répondront que plusieurs générations ont succombé avant que l'on ait pu construire la moitié de la ville actuelle ; Hirtz (2) écrit à propos de l'acclimatation en Algérie : « . . . Ce n'est qu'après avoir jonché cette terre des cadavres de nos colons et de nos soldats que nous avons pu, par des travaux d'assainissement et de culture, nous rendre possesseurs paisibles de certains points auparavant meurtriers comme *Boufarik*, par exemple. »

(1) Boufarik, chef-lieu de canton, à 32 kil. au sud d'Alger, dans la plaine.

(2) *Dict. Jaccoud.*, page 186.

La campagne était inhabitable, les premiers colons étaient obligés de rentrer le soir à la ville. Ils vous diront surtout que la mortalité des enfants était effrayante ; ils tombaient les premiers atteints par la fièvre !

Voici en quels termes le colonel Trumelet (1) décrit la situation de l'époque : « C'est de 1848 seulement que date l'ère de colonisation sérieuse de la Mitidja et particulièrement de Boufarik ; en 1842, la guerre cesse, mais la fièvre tient bon et continue ses ravages jusqu'en 1848. Au 31 décembre 1848 la population de Boufarik, sans compter les étrangers, se divisait de la façon suivante :

Hommes.....	1.317	} Total.. 2.053
Femmes.....	356	
Enfants.....	380	

Le mouvement de la population s'était produit de la manière suivante :

Naissances.....	32
Mariages.....	15
Décès.....	74

dont 42 ayant porté sur la population sédentaire et 32 sur les étrangers ; sur ce nombre 74, on comptait vingt-cinq enfants. »

Or, ces étrangers qui n'étaient pas sédentaires ne pouvaient être des enfants ; en 1848, à peine sorti de cette période terrible où le colon était tout à la fois cultivateur et soldat, on ne voyageait pas avec des enfants et ceux qui existaient alors étaient pour la plupart des créoles nés à Boufarik.

(1) Colonel Trumelet, histoire de Boufarik.

Donc sur 42 décès il y avait 25 enfants, soit 59,5 0/0, il mourait plus d'enfants que d'adultes ; et de quoi mouraient-ils le plus souvent ? si ce n'est de la fièvre, dans ce pays dont l'insalubrité et la cachexie de ses habitants étaient proverbiales.

En effet, on a dit longtemps en parlant d'un visage rendu jaunâtre, terreux par la fièvre : « C'est une figure de Boufarik ».

Voici un aperçu du mouvement de la population à cette époque. On peut se rendre compte de la mortalité infantile :

1849. — 31 décembre.

Hommes.....	1.230	} Total... 1.856	Naissances...	51
Femmes.....	294			
Enfants.....	332		Mariages.....	15
		} Total... 47	Décès de la localité....	27
			— étrangers..	20
			dont neuf enfants décédés	

1850. — 31 décembre.

Hommes.....	1.314	} Total... 1.983	Naissances...	49
Femmes.....	301			
Enfants.....	368		Mariages.....	10
		} Total.... 59	Décès de la localité....	40
			— étrangers..	19
			Sur le nombre des décès 25 enfants	

1856. — 31 décembre.

Hommes.....	1.615	} Total... 2.827	Naissances...	139
Femmes.....	628			
Enfants.....	584		Décès.....	77
			dont 49 enfants.	

Si nous faisons une moyenne pour les années 1848, 1849, 1850, 1856, nous obtiendrons les résultats suivants,

défalcation faite du nombre de décès portant sur des étrangers adultes de passage :

1848. —	Décès	32	dont	enfants	25
1849. —	—	27		—	9
1850. —	—	40		—	25
1856. —	—	77		—	49
Total des adultes :		176	Total des enfants :		108

soit par année une moyenne de décès de 44 adultes et 27 enfants.

D'autre part, la moyenne de la population pendant ces quatre années était de :

Adultes.....	1.604
Enfants.....	367

soit 2,74 0/0 pour la mortalité des adultes par année et 7,35 0/0 pour la mortalité des enfants. Il n'est besoin que de comparer ces deux chiffres pour se rendre compte de la mortalité infantile à cette époque ; et ces petits êtres entourés des soins maternels n'étaient pas précisément placés dans les conditions voulues pour être atteints de préférence par la malaria. On pourra admettre déjà que leur constitution offre peut-être un terrain spécial au développement de cette affection.

« Dès 1856, continue Trumelet, l'état sanitaire s'améliore très sensiblement et ce n'est plus guère *que sur les enfants que se fait sentir extraordinairement la mortalité.* » Et il fait sur cette situation la réflexion suivante : « Faut-il attribuer cet état de choses, qui n'est pas particulier à la localité seulement, au manque de soins judiciaires dont souffrent ces enfants ? »

Nous trouvons aujourd'hui l'explication de cette mortalité dans ce fait que les enfants résistent moins à l'action de la malaria et qu'ils sont touchés de préférence les premiers ; tandis que les adultes résistaient, eux succombaient.

Est-ce que de nos jours les enfants des classes inférieures sont mieux et plus intelligemment soignés ? Souffrent-ils moins de ce manque de soins judicieux ? Certes non, et cependant la malaria fait moins de victimes ! C'est parce que son intensité est moins grande.

Aujourd'hui, le pays a été bien assaini, des canaux ont été creusés en tous sens, le terrain drainé est moins humide, de nombreuses fermes sont installées, des villages créés qui sont en pleine voie de prospérité, et cependant la malaria fait encore de nombreuses victimes et ce sont les enfants qui lui payent le plus lourd tribut.

Tous les points ne sont pas également malsains, la ville paraît plus indemne que les villages et ceux-ci plus que les hameaux et les fermes ; les habitations construites au ras du sol et en contre-bas sont un séjour dangereux. Il suffit quelquefois d'irriguer les terrains avoisinant la ferme pour que celle-ci devienne inhabitable pour les enfants.

Depuis quatre ans que nous exerçons dans la localité, nous avons eu à soigner de nombreux enfants, presque tous ont été ou sont touchés par la malaria, et encore le médecin ne voit pas tous les cas.

Bien des familles, soit par économie, soit à cause de l'éloignement de leur demeure, ou même par simple négligence, restent sans soins ; habitués à la fièvre selon leur

expression, les malades adultes prennent un peu de quinine, en font absorber à leurs enfants et ne se décident à venir nous consulter qu'en présence de la gravité des cas.

Dans ces conditions, à part l'aperçu historique que nous avons donné plus haut, il est très difficile de pouvoir établir une statistique bien exacte ; les renseignements que nous avons, nous les avons pris à la source même, dans les campagnes. Bien des fois appelé dans les fermes pour voir un malade adulte pendant la saison des fièvres, nous avons vu ces pauvres petits êtres jaunes, amaigris, la figure bouffie, le ventre proéminent, et les parents de nous dire : « Ils ont toujours la fièvre, la quinine ne leur fait plus rien ! » et dans bien des campagnes de la plaine il en est de même.

Dans notre région, les enfants sont touchés les premiers par le poison malarial et chez eux cette affection est plus fréquente que chez l'adulte.

Ces deux faits ont d'ailleurs été observés par les auteurs en d'autres contrées, Jules Simon (1) écrit :

« Je vais commencer par surprendre les personnes étrangères à la clinique infantile, en affirmant l'extrême fréquence de la fièvre intermittente chez les enfants.

« A Paris, on l'observe beaucoup plus fréquemment depuis les nombreux terrassements nécessités pour le percement de nos grandes voies de communication, mais elle est très difficile à reconnaître. »

Voilà donc un fait : c'est que Jules Simon a observé

(1) Jules Simon. *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants*, page 175.

l'extrême fréquence de la fièvre intermittente à Paris, et cela à la suite de travaux de terrassements ; l'agent infectieux étant le même pour toutes les contrées, on comprend aisément que les enfants soient d'autant plus touchés que la contrée est plus fiévreuse ; c'est là notre cas.

D'autre part, Boudin cité par d'Espine et Picot (1) nous dit : « La fièvre intermittente s'observe dès le jeune âge, elle serait même *plus fréquente chez les enfants que chez l'adulte. Et lorsqu'une épidémie de malaria éclate dans une localité, ce sont généralement les jeunes sujets qui sont atteints les premiers.* »

Le docteur Edouard Pepper (2), dans une excellente monographie parue en 1891, a publié soixante-quatre observations prises parmi plus de quatre cents qu'il a relevées pendant une épidémie grave de fièvre survenue dans la commune de Ménerville (3) ; il y a remarqué aussi la fréquence et la gravité des atteintes chez les enfants depuis le premier âge jusqu'à douze ans : « L'empoisonnement, nous dit-il, est encore plus fréquent chez les enfants de premier âge que chez les adultes ; et il se manifeste fréquemment chez eux des symptômes qui aident à obscurcir le diagnostic ».

Sur ces 64 observations, 26 concernent des enfants et se répartissent de la façon suivante :

(1) D'Espine et Picot. *Manuel pratique des maladies de l'enfance*, page 155, *loc. cit.*

(2) Edouard Pepper. *De la Malaria*, 1891, page 101, chap. IV.

(3) Village situé à 30 kil. à l'ouest d'Alger.

1 enfant âgé de 11 mois

1	—	16	—
4	—	2	ans.
2	—	3	—
1	—	3	1/2.
4	—	4	ans.
1	—	4	1/2.
2	—	5	ans.
3	—	7	—
3	—	9	—
2	—	10	—
2	—	12	—

Total..... 26

La fréquence de la mortalité dans ces 64 observations est donc de 40,6 0/0 pour les enfants et 57,8 0/0 pour les adultes.

Soit une différence de 17,2 0/0 en plus pour la fréquence de la mortalité chez les adultes. Ce fait semble de prime abord renverser ce que nous disions au commencement de ce chapitre, que la malaria est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, mais tous les cas observés par Pepper n'ont pas été publiés, ceux qu'il nous donne sont les plus intéressants ; il nous le dit lui-même, c'est sur 400 observations qu'il les a prises, et s'il nous avait été donné de pouvoir les lire, nous aurions trouvé certainement un tant pour cent de fréquence chez les enfants bien supérieur.

Néanmoins nous ferons ressortir seulement, de ces 64 observations, la gravité plus grande des atteintes chez les enfants par les chiffres suivants :

Sur 26 cas de fièvre chez les Enfants		Sur 37 cas de fièvre chez les Adultes	
Larvés	néant	Larvés	3
Bénins	2	Bénins	5
Sérieux	néant	Sérieux	14
Assez graves	4	Assez graves	6
Graves	15	Graves	4
Très graves	5 décédés	Très graves	5 décédés
Total.	26	Total.	37

En comparant ces deux tableaux, la gravité de la malaria infantile est frappante : en effet, nous ne voyons aucun cas larvé, 2 bénins seulement, pas de sérieux, mais une moyenne de cas graves, assez graves et très graves de 92,6 0/0 pour les enfants tandis qu'elle n'est que de 40,5 0/0 pour les adultes.

Ces données suffiraient à elles seules pour prouver sinon la fréquence, tout au moins la gravité plus grande de cette affection chez les enfants ; mais, dans nos observations nous nous sommes presque localisé dans la plaine de la Mitidja et ses environs, tandis que Pepper a pris celles qu'il a écrites à Ménerville, pays situé à 60 kil. de Boufarik. Aussi nous avons fait consciencieusement des recherches dans les registres de l'état civil de la ville de Boufarik ; nous regrettons de ne pouvoir donner des renseignements antérieurs à l'année 1887, ils eussent été certainement concluants car, depuis cette époque, bien que l'intensité de la malaria diminue de jour en jour, à notre avis, les chiffres que nous donnons sont encore assez élevés :

Années 1887 à 1893 inclusivement
Décès (Européens seulement)

Malaria			Autres maladies		
Adultes		Enfants	Adultes		Enfants
Ville	54	74	Ville	330	282
Campagne	8	41	Campagne	9	25

Cette statistique nous montre que la ville est actuellement moins touchée par la malaria que la campagne et que les enfants y sont plus souvent atteints que les adultes.

Si l'on tient compte que la population rurale européenne atteint à peine le septième de celle de la ville, on arrive à un chiffre fort élevé de décès d'enfants par malaria dans les campagnes.

En comparant avec les autres maladies, on trouve également que le nombre des décès causés par elles dans la campagne est bien inférieur à celui dû à la fièvre.

Les différentes races d'enfants qui habitent soit la ville, soit la campagne, français, mahouais, espagnols, arabes, sont indifféremment atteints, toutes conditions d'hygiène étant égales. Si la mortalité paraît plus grande chez les enfants arabes indigènes, c'est évidemment que la fièvre fait chez eux plus de victimes par suite de leur fatalisme ; les Arabes ne se soignent pas, ne prennent jamais ni quinine ni quinquina. « C'était écrit, disent-ils, Mektoub, Dieu l'a voulu », et si plus tard les adultes paraissent résister plus que les Européens, c'est probablement parce qu'il se fait une sélection lorsqu'ils sont plus jeunes et n'échappent à la malaria que ceux dont l'organisme résiste de lui-même.

CHAPITRE II

Aperçu symptomatique

§ I^{er}. — La cachexie tellurique apparaît de bonne heure chez les enfants. — Les reins peuvent être atteints et la néphrite devenir chronique. — La malaria est plus grave chez eux, soit par la nature même des individus atteints, soit parce que le début de l'accès est méconnu et le traitement spécifique institué trop tard.

§ II. — Tous les symptômes des manifestations malariennes chez les enfants ne sont pas les mêmes que chez l'adulte surtout jusqu'à cinq ans ; plus ils sont avancés en âge, plus les accès prennent une forme régulière, ils viennent le soir ou dans la première partie de la nuit. — La forme éclamptique est fréquente jusqu'à 4 ans. — Etat particulier des organes digestifs, diarrhée, aspect spécial de la langue. — Le diagnostic différentiel est difficile à cause des affections nombreuses qui simulent cette maladie ; il sera fait par le traitement, lorsqu'il y aura hésitation entre une fièvre continue tellurique et la dothiéntérie.

§ I^{er}. — Nous pensons avoir suffisamment démontré, dans ce premier chapitre, la fréquence de la malaria chez les enfants et la prédilection que cette affection paraît avoir pour eux.

Si le poison tellurique atteint de préférence ces jeunes organismes, il y fait aussi bien plus rapidement des ravages profonds.

L'état cachectique, avec son cortège habituel : décolo-

ration des téguments, amaigrissement, diarrhée, bouffissure de la face, palpitations, dyspepsie, œdème des extrémités inférieures, hypertrophie du foie et de la rate, se manifestent de bonne heure chez eux. (*Observ. VI, Yvorra Lyorea*).

Dans cette débâcle générale, cette démolition de l'organisme, les reins ne sont pas toujours intacts ; l'observation XV de l'enfant Cluc. en est un exemple.

On nous objectera que la néphrite n'est pas spéciale à la malaria, que dans toutes les maladies infectieuses elle se manifeste plus ou moins ; cela est vrai, il n'a jamais été dans notre pensée de signaler là un fait nouveau, mais étant donné l'état spécial du rein de l'enfant qui est presque toujours sain, nous avons pensé que nous ne pouvions passer sous silence cette complication qui, méconnue, serait pour nous un des facteurs les plus puissants pour déterminer chez ces petits malades des accidents rapidement mortels, plus facilement que chez les grandes personnes ; non pas que le rein offrit plus de résistance à l'action morbide, mais bien parce que les renseignements fournis par cette catégorie de malades se bornent à des plaintes et des gémissements que nos moyens d'investigation pour établir le diagnostic sont très limités et que l'erreur est d'autant plus facile.

A l'action spéciale des hématozoaires sur le sang viendra se joindre celle plus grave encore des toxines non éliminées et, tout alors concourra à dérouter le clinicien ; si la quinine a raison des premiers, elle n'aura aucune efficacité sur les seconds et ce sel incriminé ne sera plus

le spécifique de la fièvre parce que le malade aura succombé ! Voilà une cause qui fait que la malaria peut prendre plus facilement un caractère grave chez les enfants. Est-ce la seule ? Non.

Evidemment, chez eux comme chez les adultes, la nature même des individus qu'elle atteint donne à la maladie son allure spéciale, en un mot, comme le dit Peter : « C'est le malade qui fait sa maladie » ; il en est de même pour la malaria comme pour la fièvre typhoïde ; sait-on pourquoi celle-ci est relativement moins grave chez les enfants que chez les adultes ? La même question se pose en présence de l'infection tellurique.

Pour l'une, la dothiéntérie, elle est ordinairement bénigne, elle prend rarement une allure sérieuse ou grave et pour l'autre, la malaria, elle est presque toujours grave ; c'est donc là une question de terrain. Si nous avions affaire à une affection cyclique comme la fièvre typhoïde ou la pneumonie, nous pourrions croire que la question d'individualité puisse seule être invoquée pour expliquer cette facilité avec laquelle les accès peuvent s'aggraver ; mais en présence de l'action si spécifique du quinquina et de ses sels, nous sommes porté à croire que bien souvent la perniciosité ou l'aggravation des accès est due à ce que la fièvre chez les enfants est souvent méconnue à ses débuts, que le traitement quinique n'a pas été institué à temps, ou s'il l'a été, pour des raisons que nous développerons plus loin, il l'a été d'une façon insuffisante.

Nous avons observé dans la plaine de la Mitidja presque toutes les variétés de fièvres, il est peu de personnes adultes qui ne soient plus ou moins sous l'influence du

tellurisme, il est chez elles à l'état latent, un rien, simple refroidissement, émotion morale, suffit à en rappeler les diverses manifestations; il en est de même chez les enfants, et la dentition est certainement une des causes les plus fréquentes d'un accès chez ceux qui ont déjà été atteints. Quel que soit l'âge de l'enfant, ceux qui arrivent des pays sains prennent le plus souvent le type continu rémittent (*Observation II enfant St-Marl.*) pour reprendre à la première rechute le type intermittent quotidien, tierce ou quarte, cette dernière assez rare. — Chez les créoles dont les parents sont franchement atteints par la diathèse tellurique, la forme chronique s'établit presque toujours dès le premier âge (*Observations XV enfant Cluc... et X enfant Triai*), grave chez quelques-uns qui finissent par succomber tôt ou tard ou dès la première dentition, bénigne chez d'autres jusqu'au moment où un accès aigu viendra brusquement terminer la scène en dépit de tout traitement.

OBSERVATION X. — Enfant Triai François, 4 août 1894 (Personnelle).

Enfant âgé de vingt mois, né dans la plaine de la Mitidja (1); père et mère atteints de malaria chronique et cachectisés.

Dentition difficile, avec diarrhée verte. Depuis 6 mois il était 15 jours bien et 15 jours triste, maussade, vomissait le lait, ne conservait que des soupes au pain et, nous dit la mère, il mangeait ce qu'il voulait.

(1) Birkadem, village situé près d'Alger dans les montagnes du Sahel.

Le 26 juillet, l'enfant a eu la fièvre ; mis au lit le soir bien portant, il s'est réveillé vers minuit en se plaignant ; la peau était brûlante ; il était oppressé ; cet état a duré jusqu'au matin où la fièvre a cessé sans sueurs.

La journée du 27 a été mauvaise, par instants l'enfant était chaud et abattu, puis devenait frais et demandait à jouer ; le soir, la fièvre a augmenté vers la nuit, mais à 9 heures 1/2, elle cessait complètement ; l'enfant s'est endormi jusqu'au lendemain.

Pendant 5 jours, plus de fièvre.

Le 2, il s'est éveillé vers minuit avec une soif intense, la peau brûlante, la respiration haletante.

Le 3, la journée s'est passée avec des alternatives de bien-être et de malaises pendant lesquelles l'enfant était plus chaud.

Le soir vers 8 heures, nouvel accès de fièvre avec éclampsie qui a duré 7 heures.

4 août, date de notre première visite. Le foie est volumineux, la ligne de matité supérieure commence à un travers de doigt au-dessous du mamelon et s'étend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes ; la rate dépasse de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes ; L'estomac est dilaté. Néanmoins cet enfant est potelé, dodu, pas trop anémié, le teint est un peu pâle, la langue rouge sur les bords et à la pointe, blanche au milieu et à la base.

Traitement : injection hypodermique de 0 gr. 25 centigr. de bichlorhydrate de quinine ; le soir pas de fièvre.

Le 5, injection de 0,25 centigr. de bichlorhydr. de quinine, pas de fièvre. Le 6, pas de quinine. Le 7, 0,30 centigr. de chlorhydrate de quinine, l'apyrexie continue, le foie et la rate diminuent de volume.

Nous continuons à faire prendre tous les 2 jours 0,20 centigr. de chlorhydr. de quinine pendant dix jours.

Le 20, nous revoyons cet enfant dont l'état est très satisfaisant.

Chez ces derniers malades, nous n'avons jamais observé l'accès continu tel qu'il est décrit par Laveran et les autres auteurs, tandis que nous avons soigné plusieurs

fois des enfants indemnes jusqu'alors de manifestations malariques, qui étaient atteints de continue remittente à forme grave et typhoïde. Nous ne parlerons pas de toutes les formes observées ; en pays de fièvre, comme celui où nous nous trouvons, toutes les combinaisons sont possibles et le critérium du diagnostic, la quinine.

§ II. — Les symptômes, la marche et la durée des accès de fièvre dans notre région ne diffèrent pas de ceux observés en d'autres contrées fiévreuses et décrits par les auteurs.

Chez les enfants jeunes. — Jusqu'à 4 ou 5 ans, le frisson initial fait presque toujours défaut, ce fait n'est pas spécial au premier âge, nous avons vu des adultes atteints d'accès violents chez lesquels il manquait complètement et l'hyperthermie s'établir d'emblée, seulement chez les jeunes sujets il devient l'exception ; il est ordinairement remplacé par le refroidissement des extrémités, la pâleur de la face et des ailes du nez, les lèvres et les ongles sont violacés ; quelquefois, par un simple malaise, l'enfant crie, pleure, s'agite, exige qu'on le prenne au bras, puis qu'on le pose dans son berceau, ne se trouvant bien nulle part et voulant être partout ; d'autres fois encore c'est par des vomissements et de la diarrhée que débute l'accès de fièvre, *observation XII, enfant Isel.....* ; et, dès l'élévation appréciable de la température, l'enfant est comme anéanti et profondément abattu.

OBSERVATION XII. — Enfant Isel (Personnelle).

Elise Isel....., 13 mois, née à Chebli, dans la plaine de la Mitidja.

Père décédé par fièvre typhoïde, mère bien portante, n'a jamais été malade.

Enfant chétive, maigre, aurait eu la diarrhée il y a 5 mois, pendant la mise des premières dents, n'a pas eu d'autres maladies.

Malade depuis 5 jours, le dimanche 1^{er} novembre elle a eu un peu de diarrhée, le soir du même jour, vers les 8 heures, la température est montée brusquement, soit ardente pendant la nuit; l'enfant a tété toute la nuit, criant dès qu'on cessait de lui donner le sein.

N'a pas eu de diarrhée pendant la nuit, s'est endormie le matin à 5 heures et s'est éveillée à 9 heures; pendant la journée du 2 novembre, elle a été somnolente, la tête très chaude ainsi que les autres parties du corps.

Le soir, réapparition de la diarrhée.

Le 3, mardi matin, même état que la veille, vomissements, prostration, ainsi que les 4, 5, 6 et 7 novembre suivants.

Le 8, jour de notre première visite, les yeux sont enfoncés dans l'orbite, le regard éteint, la langue sèche, rouge sur les bords et à la pointe, rien à la poitrine, le ventre est souple, le foie et la rate sont normaux.

Peau sèche : diarrhée abondante, grumeleuse, aqueuse, jaunâtre.

Température : 38°5 à l'anus. Pouls normal.

Prescription : Potion de rivière contre les vomissements.

Potion avec : Analgésine. 0 gr. 20 centigr.

Sulep gommeux . . 80 grammes

par cuillers à café toutes les demi-heures au moment où l'enfant paraît le plus chaud. Injection hypodermique : Chlorhydrate de quinine 0,15 centigr. 3 fois par jour, lavement amylicé.

Un gramme chlorhydrate de quinine à la mère en deux doses une à chaque repas.

Vendredi 9 novembre. Nuit calme, pas de selles depuis la veille au soir. Respiration et pouls normaux. Température 37°.

Même dose de quinine à la mère pendant 3 jours avec un jour d'intervalle.

Le 20, nous revoyons l'enfant qui est en parfaite santé.

Les convulsions sont fréquentes aussi à cette première période, mais elles n'atteignent jamais la même intensité, que lorsqu'elles se produisent pendant le stade de chaleur où elles sont quelquefois assez violentes pour constituer à elles seules le symptôme dominant pendant toute la durée de l'accès (*Observation Past..... fils*).

Au-dessus de cinq ans, les symptômes du début peuvent ne pas différer de ceux observés à un âge moins avancé, mais, le plus souvent, les malades, qui déjà commencent à parler, se plaignent de froid, ont parfaitement conscience de ce qui leur arrive et en font part à leur entourage ; chez eux aussi d'autres symptômes peuvent ouvrir la scène, tels que convulsions, congestion cérébrale avec délire, épistaxis. Plus les enfants sont avancés en âge, plus l'accès prend une forme régulière ; dès six ans, on le rencontre le plus souvent débutant par des symptômes ordinaires.

L'élévation de la chaleur périphérique n'est pas toujours appréciable à la main et il est souvent nécessaire de prendre la température à l'anus (1).

(1) Toutes les températures que nous donnons dans nos observations personnelles sont prises à l'anus ; il est très difficile de maintenir le thermomètre sous le bras des petits enfants et le chiffre des degrés obtenus par ce moyen n'est pas toujours exact.

Dans l'accès franc, dès que la chaleur arrive, elle atteint très rapidement un degré élevé bien plus rapidement que chez l'adulte, de même elle tombe brusquement, en un quart d'heure, une demi-heure ou une heure avec ou sans sueurs, quelquefois, une légère moiteur indique seule la fin de l'accès.

Jusqu'à quatre ans, rien dans la marche d'un accès n'est régulier, c'est la règle, le contraire est l'exception.

Un ou plusieurs symptômes, qui chez l'adulte caractérisent un accès de tellurisme, peuvent faire complètement défaut, soit le frisson initial (*Observation Ler.....*), soit l'hyperthermie progressive, soit le stade de sueur terminal.

Chez eux, le danger n'en est pas moindre cependant, bien au contraire, car de la difficulté du diagnostic dépend le plus souvent le salut du malade.

Chez tous les enfants jusqu'à six ans, les accès peuvent venir à toute heure du jour ou de la nuit, mais c'est ordinairement le soir, à la tombée du jour ou dans la première partie de la nuit, que nous les avons vus se manifester (*Observations Ler....., Past....., Triai.....*).

Ils peuvent aussi se produire le matin, mais beaucoup plus rarement.

La durée des accès, de même que chez l'adulte, peut être classée de la façon suivante :

Accès courts qui durent de quatre à huit heures.

Accès moyens qui durent de huit à douze heures.

Accès longs qui durent plus de douze heures (1).

(1) (Laveran, *du paludisme*).

Les enfants en bas âge, jusqu'à un an, n'ont presque jamais d'accès courts, de un an à trois ans ce sont les accès moyens qui sont les plus fréquents, et de trois ans et au-dessus, ce sont les accès courts.

La continue et la remittente tellurique s'observent surtout entre quatre et sept ans.

L'accès éclamptique, caractérisé par des convulsions épileptiformes, qui, d'après Laveran (1), serait très rare chez l'adulte, est fréquent chez les enfants jusqu'à quatre ans.

L'intoxication tellurique détermine très souvent un catarrhe gastro-intestinal caractérisé par de la diarrhée jaune ou verdâtre ; la langue est épaisse, recouverte d'un enduit jaunâtre qui s'étale surtout à la base tandis que les bords et la pointe sont rouges et dépouillés ; Jules Simon (2) a insisté sur cet aspect spécial de la langue : « dépouillée, en demi-lune, » chez les babies malariens : « Quand, nous dit-il, vous la verrez se produire chez un baby atteint de fièvre inexplicable par l'examen de tous les appareils, elle doit être pour vous un élément de diagnostic ». Les vomissements fréquents, souvent incoercibles, persistent quelquefois, même en dehors des accès ; cet état gastro-intestinal se maintient de même très souvent alors que la température est normale, et devient un obstacle sérieux à l'alimentation et à l'ingestion des médicaments.

Les urines de même que chez les adultes sont foncées

(1) (Laveran, *du paludisme*).

(2) Jules Simon, *Conférences thérapeutiques et chimiques sur les maladies des enfants*, t. I, p. 177.

en couleur, hémaphéiques, leur densité accrue et leur quantité diminuée. L'hypertrophie du foie et de la rate s'établit rapidement dans les accès continus, rémittents ou intermittents, soit chez les enfants crêoles, soit chez ceux qui arrivent de contrées exemptes de malaria (*Observation Yvorra Lyorea*).

Le diagnostic différentiel des manifestations telluriques chez les enfants en pays de mǎlaria, comme Boufariik et ses environs, est d'autant plus difficile que les sujets atteints sont plus jeunes ; comme nous l'avons dit plus haut, toutes les combinaisons sont possibles, peuvent simuler un grand nombre d'affections, et la quinine, suivant l'expression de Jules Simon, servira de pierre de touche.

Parmi les affections qui peuvent être prises pour une des manifestations de l'empoisonnement tellurique et réciproquement, nous placerons, en première ligne, la fièvre typhoïde.

Au-dessous de quatre ans elle est très rare, presque l'exception, néanmoins on l'a observée dès la première année et même à l'âge de six mois (1) ; au-dessous de cet âge nous l'avons fréquemment observée d'une façon incontestable, soit à la ville, soit à la campagne, mais bien plus souvent à la ville, et maintes fois nous avons été aux prises avec les difficultés inhérentes à ce diagnostic en présence de cas nombreux de malaria qui simulaient cette affection.

Il est vrai que, dans ces cas difficiles, le microscope

(1) Parrot, *Progrès médical*, 1883, n^{os} 24 et suivants.

peut nous aider. La présence du bacille d'Eberth dans les selles ou des hématozoaires de Laveran dans le sang, tranchera nettement la question et nous avons là un moyen d'investigation presque infailible ; mais encore faut-il que ce moyen soit pratique et employé par des mains exercées.

Dans la colonie, chacun n'a pas sous la main l'outillage nécessaire que possèdent les praticiens privilégiés des grandes villes pour faire les recherches que nécessite chaque cas ; d'autre part, la possibilité de voir la maladie se terminer brusquement chez les enfants implique chez ceux-ci plus que chez l'adulte une décision rapide et sûre ; les difficultés sont donc nombreuses et le diagnostic pressant, car de lui dépend presque sûrement, dans ce cas, le salut du malade ; nous en avons donné les raisons, c'est que la fièvre typhoïde chez les enfants présente une bénignité relative (1), tandis que la continue palustre, qui revêt cette forme, devient rapidement mortelle si l'on n'intervient à temps.

Laveran écrit : « J'ai déjà eu l'occasion de dire, en « exposant les symptômes de la continue palustre, com-
« bien étaient grandes les ressemblances de cette fièvre
« avec la fièvre typhoïde, le diagnostic différentiel de ces
« deux maladies présente de grandes difficultés et on peut
« dire qu'il se pose journellement dans les pays palustres
« pendant la saison endémo-épidémique (2). » Cela est
aussi vrai pour les enfants, la fièvre typhoïde ayant chez

(1) Rillet, *Thèse Paris*, 1340.

(2) Laveran, *Du Paludisme*, p. 117.

eux les mêmes formes, les mêmes symptômes que chez l'adulte et, dans la plaine de la Mitidja, non seulement pendant la saison endémo-épidémique qui s'étend de juillet à novembre, mais aussi pendant les autres mois de l'année avec, toutefois, beaucoup moins de fréquence.

« L'éruption de taches rosées lenticulaires est le seul « signe pathognomonique de la fièvre typhoïde ; le dia- « gnostic ne pourra s'établir en son absence que sur des « probabilités (1). »

Mais, les taches rosées lenticulaires font souvent défaut dans les fièvres typhoïdes les plus authentiques.

« En dehors de l'examen du sang, le seul moyen de « résoudre cette question consiste à prescrire la quinine « à haute dose ; si la fièvre résiste plus de trois ou quatre « jours à ce traitement, on peut en conclure qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde (2). »

Administrer ainsi la quinine aux enfants est certainement un des moyens les plus sûrs en cas de doute entre une fièvre tellurique et une fièvre typhoïde ; mais, chez eux, tous les cas ne sont pas justiciables de ce spécifique dans le laps de temps que fixe Laveran. Nous donnons une observation de continue rémittente chez un enfant où la quinine a dû être donnée à doses massives pendant un temps beaucoup plus considérable avant que le caractère de cette affection ne se fût nettement dessiné ; d'ailleurs, ce procédé n'est pas sans inconvénients et même

(1) D'Espine et Picot, *Manuel pratique des maladies de l'enfance*, 4^e édition, p. 148.

(2) Laveran, *Du Paludisme*, p. 118-119.

sans être dangereux, l'adopter d'une façon systématique pour éclairer le diagnostic, peut avoir des conséquences fort graves car, pendant les quatre ou cinq jours d'épreuves, si le malade est réellement atteint de fièvre typhoïde, ce temps sera perdu, car nous dirons, avec M. Dieulafoy (1), que la quinine est inutile dans la dothiéntérie et que ce laps de temps aura pu laisser s'aggraver profondément l'état du malade parce que le traitement par excellence, les bains froids, ce spécifique de la fièvre typhoïde, n'aura pas été institué à temps, c'est-à-dire au début de la maladie.

Mais si la quinine est inutile dans la fièvre typhoïde au moins elle n'est pas nuisible ; d'autre part, les bains froids ou plutôt les enveloppements froids sont fort utiles dans les fièvres malariennes à forme typhoïde et cela dès le début.

Aussi, les deux indications suivantes devront-elles être remplies en présence d'un cas douteux :

1° Instituer dès le début la méthode de Braud, enveloppements et affusions froides ;

2° Administrer concurremment la quinine à doses massives en surveillant attentivement son action. Dans la plupart des cas le diagnostic sera fait vers le quatrième ou cinquième jour, ou, si la fièvre persiste et est réellement due à la dothiéntérie, on aura dès le début institué le traitement qui convenait à l'affection.

(1) Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*, 7^e édition, t. III, p. 178.



CHAPITRE III

Traitement.

Sommaire : Le quinquina et ses alcaloïdes et, principalement, les sels de quinine, forment la base du traitement de la malaria. — Des diverses méthodes préconisées par les auteurs pour administrer les sels de quinine aux adultes, il n'en est aucune que l'on puisse appliquer rigoureusement aux enfants ; dangers de quelques-unes. — Choix du sel de quinine employé, doses, difficultés inhérentes à son ingestion et à son absorption. — Différents moyens employés pour atteindre ce but. — Donner la préférence à l'injection hypodermique, motif de ce choix, accidents consécutifs à l'injection, moyen de les éviter, choix de la région piquée. — Traitement des symptômes, particulièrement de l'hyperthermie et de l'hypothermie. — Traitement de la convalescence et des formes chroniques.

Quelle que soit la forme sous laquelle se manifeste l'infection tellurique chez les adultes, la base du traitement consiste dans l'administration du quinquina, de ses alcaloïdes et principalement des sels de quinine. Sur ce point tous les auteurs sont d'accord, il n'en est pas de même de la manière dont ces sels doivent être administrés, et, chacun d'eux, suivant sa façon de voir, a préconisé sa méthode ; nous n'en citerons que quelques-unes seulement :

Celle de Bretonneau consistait à donner un gramme 20 centigrammes de sulfate de quinine en une seule dose, ou en deux doses, à intervalles très rapprochés, le plus loin possible de l'accès à venir, la même dose de médicament était prescrite après cinq jours d'intervalle, puis donnée tous les huit jours pendant un mois.

D'après M. le professeur Jaccoud, afin d'éviter l'intolérance, on doit fractionner les doses, mais les donner à intervalles rapprochés et la dose prescrite prise en peu de temps, trois quarts d'heure à une heure environ.

La dose de quinine, d'après cet auteur, devra être prise huit heures avant le frisson présumé, pour la fièvre quotidienne, douze heures pour la tierce, dix heures pour la quarte.

M. Lancereau recommande les doses massives, administrées avant l'accès autant que possible, mais surtout il recommande de ne pas les fractionner ; on devra donner un gramme, deux grammes et même plus si l'accès est pernicieux et toujours la dose en une seule fois ou en deux fois et en très peu de temps, le matin ou le soir. La quinine devra être continuée après la fin des accès fébriles pendant dix à quinze jours.

La méthode de M. le professeur Dieulafoy se rapproche de celle de Bretonneau en ce qu'il conseille d'administrer la quinine le plus loin possible de l'accès à venir, c'est aussi à deux heures d'intervalle et à doses massives qu'elle devra être donnée, précédée d'un vomitif si le malade est atteint en même temps de catarrhe gastrique ; puis, la même médication est répétée quatre ou cinq jours de suite, après quoi, suivant la méthode de Trousseau, on

distance les doses, en laissant successivement deux, trois, quatre et jusqu'à huit jours d'intervalle ; la même médication devra être reprise ensuite tous les huit jours pendant deux ou trois mois encore.

M. Duboué prescrit, chez les adultes atteints de fièvre intermittente et d'emblée, 1 gramme, 1 gr. 50 centigr. et plus tous les jours, tant que des phénomènes d'intolérance ne l'obligent pas à en cesser l'administration, cette dose quotidienne doit être continuée jusqu'à ce que le malade commence à s'alimenter et ait éprouvé une amélioration notable dans son état ; dans le cas où cette amélioration tarderait à se produire, on devrait augmenter la dose quotidienne de 10 à 25 centigr.

Méthode de *M. Laveran*.

Les 1^{er}, 2^e, 3^e jours : 0.80 centigr. à 1 gr. par jour de chlorhydrate de quinine.

Les 4^e, 5^e, 6^e, 7^e jours : pas de quinine.

Les 8^e, 9^e, 10^e jours : 0.60 centigr. à 0.80 centigr. de chlorhydrate de quinine.

Du 11^e au 14^e jour : pas de quinine.

Les 15^e, 16^e jours : 0.60 centigr. à 0.80 centigr. de chlorhydrate de quinine.

Du 17^e au 20^e jour : pas de traitement.

Les 21^e, 22^e jours : 0.60 centigr. à 0.80 centigr. de chlorhydrate de quinine.

Si, pendant le cours du traitement, il y a une rechute de fièvre, faire de nouveau un traitement complet.

M. le professeur Bouchard prescrit la quinine à la fin de l'accès.

M. le professeur Treille, d'Alger, prescrit le médica-

ment les jours de rechute probable, c'est-à-dire tous les six jours. Ces méthodes concernent toutes des adultes, elles donnent à peu près les mêmes résultats bien que les doses, les heures, les jours auxquels le médicament est administré varient suivant les auteurs qui les préconisent.

Mais chez les enfants sont-elles applicables tout en tenant compte des proportions dans lesquelles les sels de quinine peuvent leur être donnés ?

Nous hésiterions à répondre si nous n'avions la preuve évidente que la fièvre tellurique chez les enfants au moins jusqu'à dix ans, époque à laquelle les accès se manifestent à peu près comme chez l'adulte, n'est pour ainsi dire justiciable que d'une seule méthode, bien que chaque cas comporte des indications spéciales, c'est de saturer de quinine l'organisme des petits malades sans s'occuper de l'heure et du jour où le nouvel accès se reproduira. Le plus souvent, en effet, nous l'avons dit précédemment, le diagnostic de la malaria ne pourra se faire que par la quinine, la plupart des symptômes qui, chez l'adulte, révèlent l'infection, font souvent défaut ou se manifestent d'une autre manière ; comment, dans ces conditions, présumer l'arrivée probable du frisson ou de l'accès ?

D'autres fois, l'accès survient la nuit et c'est le plus souvent (voir nos observations), l'enfant s'éveille en sursaut, il est pris de convulsions, d'un peu de fièvre, le matin, il est très abattu et passe la journée refusant soit le sein, soit la nourriture ; l'accès suivant peut consister seulement en vomissements et en diarrhée, à peine s'il se

produit un peu de fièvre ; en présence des causes nombreuses qui, chez eux, en dehors de la malaria, peuvent déterminer ces symptômes, comment reconnaître un accès de fièvre et pouvoir administrer la quinine méthodiquement, soit le plus loin possible de l'accès à venir, soit toutes les deux heures ou de toute autre manière conseillé par les auteurs.

En pays de malaria, dès que chez les enfants apparaissent des symptômes que ne justifient pas des lésions organiques ou dyscrasiques, on accuse la fièvre tellurique et on prescrit la quinine, mais on la prescrit comme on peut, sans choisir le moment ; l'essentiel est de mettre ces jeunes organismes à même de résister le plus tôt et le plus longtemps possible à l'action morbide.

Pour atteindre ce but, deux conditions doivent être réalisées, l'ingestion et l'absorption de la quinine : cinq voies nous sont ouvertes ; la voie stomacale, intestinale, sous-cutanée, intra-veineuse et cutanée.

Jusqu'à deux ans, en dehors de la perniciosité des accès qui réclame impérieusement l'injection sous-cutanée, il sera possible de faire accepter la quinine par la bouche en solution concentrée ; la résistance des enfants jusqu'à cet âge est presque nulle, avec un peu de patience, on arrive facilement à leur faire avaler ce médicament ainsi préparé.

Dans les premiers mois de la vie terrestre, la mère prendra elle-même le médicament dont le nourrisson profitera par la sécrétion lactée ; mais dès six mois, il sera nécessaire de faire prendre directement la quinine à l'enfant tout en continuant d'en donner à la mère (*v. obs. Pastor*), et c'est en solution qu'elle devra être administrée.

A partir de deux ans jusqu'à quatre et cinq ans, les difficultés s'accroissent avec la connaissance plus grande des babys, c'est à cet âge que les parents ou le médecin se heurtent à un refus obstiné ; inutile de vouloir vaincre leur résistance, ils s'entêteront, crieront, et, si parfois on arrive à leur faire prendre par force leur médicament, neuf fois sur dix ils le vomiront et on aura épuisé inutilement leurs forces ; inutile aussi d'avoir recours aux lavements qui chez l'adulte donnent d'excellents résultats, la volonté fait le plus souvent défaut chez les babys de deux à six ans et c'est là encore du temps perdu ; les frictions cutanées avec la pommade de quinine ou avec la solution de ce même sel donnent des résultats d'absorption très aléatoires et c'est dans tous ces cas que l'injection hypodermique devient une ressource précieuse.

Au-dessus de six ans, on peut déjà traiter les enfants comme les adultes.

L'injection intra-veineuse a pu être pratiquée, mais elle offre trop de dangers et jusqu'à présent, lorsque nous avons été appelé à temps, la voie hypodermique nous a permis de sauver nos malades.

Le catarrhe gastro-intestinal semble persister plus longtemps chez l'enfant que chez l'adulte ; l'impressionnabilité plus grande de cet organe chez lui paraît en être la cause ; aussi, il est presque impossible d'agir ici comme chez les grandes personnes, ce n'est pas impunément que l'on administrerait les éméto-catartiques suivant la méthode de M. le professeur Dieulafoy, pour les adultes ; la tendance au flux diarrhéique, occasionné par la fièvre chez nos jeunes malades déjà anémiés et débilités par la chaleur,

est une menace constante et on ne doit provoquer ce flux que le moins possible.

D'ailleurs cette médication évacuante n'aurait aucun résultat durable, car cet état spécial du tube digestif chez l'enfant ne se modifie que lorsque l'infection disparaît ; ce n'est donc pas à l'effet que l'on doit s'attaquer, mais bien à la cause, les vomitifs et les purgations répétés sont chez les enfants, à notre avis, absolument inutiles et nous dirons même nuisibles ; dès que leur estomac est délabré, que la possibilité de les nourrir et de soutenir leurs forces disparaît, on sort bien rarement victorieux de la lutte. Aussi, dans ce cas, lorsque, dès les premières doses de quinine données par la bouche, nous ne voyons pas un mieux survenir, nous en concluons que ce moyen est infidèle, que l'estomac n'absorbe pas le sel ingéré et sans tarder nous employons l'injection hypodermique. Ce mode d'administration de la quinine peut encore réussir à merveille, alors que cet alcaloïde a été pris pendant longtemps soit par la bouche, soit en lavements, sans que la fièvre ait disparu (*Observation Jeanne Mat...*).

Nous avons dit, dans le chapitre deux, que les manifestations de l'empoisonnement tellurique pouvaient s'aggraver et déterminer des accès pernicieux avec une grande facilité chez les enfants, et, d'autant plus facilement qu'ils étaient plus jeunes ; aussi, pendant la saison endémo-épidémique, nous employons systématiquement l'injection hypodermique, c'est notre voie d'élection quels que soient l'âge de l'enfant et les formes de la malaria ; nous en continuons l'usage aussi longtemps que résiste l'infection tellurique.

Evidemment la voie hypodermique n'est pas exempte d'inconvénients, sans cela ce procédé serait l'idéal du traitement quinique. Sans parler de la sûreté et de la rapidité d'absorption qu'offre cette méthode, il est certain que la quinine mise ainsi en contact direct avec le sang a certainement une action plus efficace sur les hématozoaires ; autrement, comment expliquer ces cas de malades qui, ayant le tube digestif en très bon état, ont absorbé des doses considérables de quinine pendant longtemps sans avoir raison des manifestations fébriles intermittentes et que deux injections hypodermiques de quinine ont guéri radicalement ? (*voir obs. Jeanne Mat.....*)

Parmi les accidents consécutifs aux injections de quinine et qui sont dus à une infection soit du liquide, soit de l'aiguille, soit de la surface cutanée et qui peuvent donner lieu à des phlegmons, des érysipèles, des lymphangites ou des abcès, accidents qui ne peuvent se produire lorsque cette petite opération est faite dans toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie, parmi ces accidents, il en est un qui peut se produire fatalement quelque soin qu'on apporte à la préparation du liquide injecté ou à l'opération elle-même, c'est l'escharre sous-cutanée ou sous-cutanée et cutanée à la fois. Cette escharre est semblable à toutes les autres.

Le plus souvent une auréole couleur de paille se produit dès le lendemain autour du point où l'aiguille a pénétré dans le derme, elle se fonce de plus en plus pour devenir noire, puis, une zone de réaction inflammatoire se produit avec empatement localisé et un peu d'indura-

tion, trois ou quatre jours après l'escharre s'élimine et un peu de pus séreux s'échappe de la plaie.

Le fond de l'escharre est toujours plus grand que l'orifice, le vide fait par la mortification du tissu cellulaire a ordinairement la forme d'une petite gourde ; dès l'élimination du tissu mortifié, sous l'influence d'un traitement approprié, lavages antiseptiques, pansement avec la poudre de quinquina ou l'iodoforme, la réparation se fait très rapidement.

D'autres fois, à la suite de l'injection (si surtout celle-ci a été poussée avec force), il se produit une légère induration qui peut persister très longtemps ; nous avons vu des enfants chez lesquels une collection séro-purulente n'est survenue à la suite d'une injection que plusieurs mois après la guérison de l'accès de fièvre, sans que jusqu'à cette époque aucune réaction inflammatoire ne se fût manifestée. Dans ces cas, la réaction est à peine sensible, il se produit de l'empâtement, de l'œdème de la région, de la fluctuation profonde et, si l'on n'intervient à temps avec le bistouri, il se produit de vastes décollements difficiles à guérir.

Heureusement que ces accidents sont très rares lorsqu'on opère sous le couvert d'une aseptie et d'une antiseptie rigoureuse avec des solutions irréprochables au point de vue de la préparation et des sels de quinine employés.

Les injections seront toujours faites, l'aiguille enfoncée profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané et poussées aussi lentement que possible ; les enfants ont le derme très épais, ces deux précautions sont nécessaires

pour éviter d'abord d'injecter la solution dans son épaisseur, ce qui déterminerait sûrement une escharre, ensuite, nous savons par nous-même, que les injections poussées même avec modération sont très douloureuses et qu'elles le sont bien moins en poussant lentement le piston de la seringue.

Elles devront être pratiquées : «autant que possible
« dans la région para-trochantérienne s'étendant du bord
« supérieur de la crête de l'os iliaque jusque vers le
« quart inférieur de la fesse, sur le côté et non en arrière,
« pour que le malade ne soit pas assis sur le point piqué,
« non pas au bas de la fesse où la piqûre est plus doulou-
« reuse » (1).

Jusqu'à ces derniers temps, le sel de quinine le plus riche et le plus soluble était le bichlorhydrate, aussi est-ce lui que nous avons employé.

Le titre de la solution ne doit pas être très élevé, on peut obtenir une solution à un gramme de bichlorhydrate de quinine pour un gramme d'eau distillée, mais elle ne se maintient limpide que pendant les fortes chaleurs à une température qui n'est pas inférieure à 30° centigr. Aussi, avons-nous employé la formule de M. Laveran.

Bichlorhydrate de quinine, cinq grammes.

Eau distillée aseptique q. s. pour faire dix cent. cubes.

Nous nous sommes servi de la seringue en verre de Roux avec piston en moelle de sureau, les aiguilles très fines en acier ou en or ; ces dernières sont très commodes,

(1) Dr Roussel. *Journal de la médecine hypodermique*, Paris, 1889.

car elles ne s'oxydent pas, ne sont pas corrodées par les acides et peuvent être flambées.

La seringue tout entière doit être passée à l'eau bouillante, les mains et la région piquée lavées soigneusement avec de l'alcool à 90°.

Lorsqu'on est obligé de pratiquer plusieurs injections, il est nécessaire de ne pas opérer plus de deux à trois fois dans la même région, on pourra alors utiliser la région dorsale au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Il est certain qu'on ne peut indéfiniment injecter le tissu cellulaire sous-cutané des babies ; mais lorsqu'on se trouve en pays de malaria, obligé d'y vivre, d'y séjourner quand même, sujet à des réinfections et à des rechutes pendant un temps plus ou moins considérable et qu'on est par conséquent forcé de revenir à la quinine à chaque fois, cette méthode permet d'agir, de guérir plus vite et de résister plus longtemps à de nouvelles atteintes ; pendant ce temps, l'enfant grandit et son traitement devient celui de l'adulte.

Aujourd'hui, nous nous servons, pour les injections hypodermiques, du chlorhydrosulfate de quinine d'Adrian qui est soluble dans son poids d'eau distillée, ce sel est très bien toléré et sa solution faiblement caustique.

Lorsque tout danger immédiat paraît écarté, nous continuons d'administrer la quinine par la voie stomacale ; d'ailleurs, à ce moment, il est bien rare qu'une modification ne se soit pas produite du côté des voies digestives qui permet aux malades de tolérer le médicament et de l'absorber.

Très souvent, le catarrhe gastro-intestinal persiste

bien que la température soit normale ; dans ce cas où la malaria est à l'état de latence où le malade peut rechuter gravement d'un moment à l'autre, on devra continuer l'administration de la quinine par injections hypodermiques et on aura le plus souvent raison de l'infection.

Nous disons le plus souvent car, malheureusement, il arrive que cette médication par excellence échoue et que les petits malades succombent quand même ; la raison en est facile à comprendre, c'est surtout dans la campagne que ces cas se produisent ; attachés à la terre qui les tue, les colons ne peuvent s'éloigner du milieu infecté, dans ces conditions ; comment avoir raison d'une infection sans cesse renouvelée, de toutes les heures, de tous les instants ?

Dans cette lutte continuelle contre l'agent morbide, bien qu'il soit fortement secondé par la quinine, l'organisme des enfants s'épuise rapidement et le petit malade succombe en dépit de tout traitement.

Parmi les différents sels de quinine, sulfate, bromhydrate, benzoate, valérienate, lactate, sulforinate, qui ont tous donné des résultats efficaces, c'est le chlorhydrate de quinine que nous avons employé et auquel on doit toujours donner la préférence, à moins d'indications spéciales à certains cas très rares chez les enfants.

Dans certaines formes douloureuses des manifestations du tellurisme, comme la névralgie faciale par exemple, le valérienate de quinine sera supérieur aux autres sels ; il en sera de même pour le bromhydrate dans les formes délirantes et convulsives ; mais, le plus souvent, dans les

autres cas, c'est le chlorhydrate qui donnera les meilleurs résultats et auquel on est obligé d'avoir recours.

M. le professeur Trabut, d'Alger, nous dit : (1)
« ...Après avoir utilisé les différents sels de quinine, je
« me suis arrêté depuis longtemps au chlorhydrate, qui
« est plus riche en quinine, plus soluble et moins agressif
« pour l'estomac ; la solution de ce sel se fait sans l'inter-
« vention d'un acide. Son usage se généralise et, d'ici
« quelques années, il est probable qu'il sera employé
« couramment. »

A quelle dose doit-on prescrire les sels de quinine aux enfants ; faut-il en proportionner la quantité à l'âge du baby ou à l'intensité de l'infection tellurique et à la gravité de ses manifestations ?

En se conformant aux règles données par Gaubius, en représentant par 1 la dose médicamenteuse qui convient à un adulte, celle des divers âges sera représentée par les fractions suivantes :

Pour un enfant au-dessous de 1 an, $\frac{1}{15}$ à $\frac{1}{12}$

—	2	$\frac{1}{8}$
—	3	$\frac{1}{6}$
—	4	$\frac{1}{4}$
—	7	$\frac{1}{3}$
—	14	$\frac{1}{2}$

On devrait donner, par exemple, à un enfant de deux ans le $\frac{1}{8}$ d'un gramme de quinine, dose ordinaire pour un adulte, ce qui ferait 0 gr. 12 centigr. 5 milligr. par jour ; or, cette quantité est notoirement insuffisante dans

(1) Trabut, *Bulletin médical de l'Algérie*, 1^{er} décembre 1890.

notre région ; dans presque toutes nos observations, c'est par une dose double, par 0 gr. 25 centigr. que nous débutions et nous portons cette dose rapidement à un chiffre plus élevé même dans les cas bénins ; nous en continuons l'usage tous les jours régulièrement, jusqu'à ce que les symptômes de l'empoisonnement aient complètement disparu.

Les enfants paraissent très bien tolérer la médication quinique et les doses peuvent être proportionnellement plus élevées que chez l'adulte, sans déterminer comme chez ces derniers, des symptômes d'intoxication quinique tels que vertiges, bourdonnements d'oreilles, urticaire, délire, hémorragies gastro-intestinales, amaurose. Moins souvent que chez l'adulte, nous avons observé de l'idiosyncrasie soit pour l'effet produit, soit pour les doses elles-mêmes ; aussi, en présence d'un baby malarique, nous n'hésitons jamais à administrer de fortes doses de quinine.

Jules Simon cite l'observation d'un garçon de 3 ans, atteint d'intermittente pernicieuse à qui il fit prendre progressivement, toutes les heures, 10 centigr. de sulfate de quinine, l'ivresse quinique se produisit le premier jour avec 0,70 centigr., le second jour avec 0,60 centigr. et, le troisième jour, l'enfant, qui jusque-là était sans connaissance, demandait à se lever (1).

Dans nos régions, il est à peu près impossible et même dangereux d'administrer ainsi des doses fraction-

(1) Jules Simon. — *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants.*

nées à des enfants déjà en latence de malaria ou chez lesquels ces manifestations sont passées à l'état chronique et c'est d'emblée en deux et trois doses tout au plus administrées dans les douze heures que l'on doit donner la quinine.

De 2 ans à 6 ans, nous avons obtenu à peu près les mêmes résultats avec des doses peu différentes ; l'essentiel est de tâter la susceptibilité du malade, à moins que celui-ci ne soit étranger à la localité et ne vienne d'un pays indemne de malaria ; dès un an, nous débutons par administrer 20 et 30 centigr. en 24 heures pour porter rapidement la dose à 40 et 50 centigr. si une amélioration ne survient pas.

Etant donné l'action hyposthénisante de la quinine sur le cœur, on devra toutefois procéder avec une grande prudence chez les enfants débilités chez lesquels cet organe est affaibli ou atteint de lésions d'orifices.

Dans ces cas, on se trouve presque désarmé, car d'un côté la malaria peut emporter rapidement l'enfant si de fortes doses ne sont pas administrées et, d'autre part, on est obligé de diminuer ces mêmes doses de crainte de voir survenir, du côté du cœur, des accidents graves comme l'affaiblissement extrême de la contractilité de cet organe, et même sa suspension complète, c'est-à-dire la syncope cardiaque, la mort subite.

Pour remplir les indications fournies d'un côté par la malaria et de l'autre par l'état du cœur, nous administrons, en même temps et par la voie hypodermique, la caféine et la quinine.

La quinine est donc la base du traitement du tellu-

risme, c'est grâce à elle que les hématozoaires succombent et que l'organisme prend le dessus, que bien des cas désespérés semblent de véritables résurrections ! mais, bien souvent aussi, les désordres produits sont tels que le malade meurt, bien que la cause de la maladie ait disparu, par suite d'une hyperthermie excessive que la quinine n'abaisse pas assez rapidement.

C'est dans ce cas que les antithermiques autres que ce sel et qui abaissent plus rapidement la température, tels que la phénacétine, l'analgésine, deviennent d'une incontestable utilité ; celui que nous avons employé de préférence, c'est l'eau froide.

Le principe de la méthode de Brand, laquelle rend dans la fièvre typhoïde de si grands services qu'elle a fait dire à M. le professeur Dieulafoy qu'il la considérerait presque comme un spécifique, est de même indiqué dans les cas de malaria où l'hyperthermie excessive détermine des désordres graves du côté du système nerveux, tels que convulsions, délire, adynamie, stupeur, somnolence ; dans les cas légers, il donnera toujours et employé concurremment avec la quinine, avec prudence et modération, d'excellents résultats.

Dans les formes typhoïdes, l'eau froide est absolument indiquée ; l'observation XI, Alix Mat., que nous donnons, en est la preuve ; elle est encore indiquée au début des accès continus qui simulent une fièvre typhoïde, nous en avons donné les raisons plus haut.

La méthode de Brand ne devra pas être employée dans toute sa rigueur, la quinine abaisse toujours suffisamment la température au bout d'un certain temps, c'est

pour gagner du temps et permettre à son action de se manifester que l'on y a recours ; aussi, voici comment nous procédons.

En présence d'un enfant dont le diagnostic est hésitant entre une fièvre continue tellurique et une fièvre typhoïde, nous injectons suivant l'âge une dose de quinine, en même temps nous faisons prendre la température toutes les trois heures ; lorsqu'elle atteint ou dépasse 39°, nous enveloppons l'enfant avec un drap mouillé dans de l'eau à 20° centigrades ; en même temps, pour prévenir l'hypothermie s'il venait à s'en produire, nous donnons de temps en temps une grande cuiller de café noir légèrement alcoolisé avec du cognac vieux.

Trois ou quatre jours après, le diagnostic peut être ordinairement définitif, si c'est une fièvre typhoïde ; on cesse seulement l'administration de la quinine qui est inutile, dans le cas contraire, tant que les manifestations nerveuses ne se sont pas amendées, nous continuons ce traitement.

Dans les accès aigus de tellurisme, nous avons quelquefois recours aux lotions froides, rapides, suivies d'enveloppement dans une couverture de laine, mais nous préférons les enveloppements froids avec le drap mouillé qui sont plus pratiques, à la portée de tout le monde et surtout effrayent moins l'entourage des malades.

Dans l'accès pernicieux cholériforme qui est une des manifestations les plus graves du tellurisme chez les enfants, on associera à la quinine une médication adjuvante ; boissons chaudes, stimulants diffusibles, injections hypodermiques d'éther, frictions, bains chauds sinapisés ;

on entourera le petit malade dans de l'ouate recouverte de taffetas, etc...

La dérivation intestinale au moyen de lavements purgatifs sera indiquée dans les formes délirantes comateuses avec ou sans hyperthermie.

La sécrétion urinaire sera attentivement surveillée chez les enfants en latence de malaria ou ayant eu plusieurs accès antérieurs de tellurisme ; la quantité et la qualité seront soigneusement examinées, on devra rechercher surtout s'il n'y a pas d'albumine, dans ce cas qui indique soit la congestion, soit déjà la sclérose du rein, par conséquent le brightisme en perspective, on devra diriger une thérapeutique appropriée à cette complication, dérivation intestinale, révulsion sur les lombes et surtout instituer le régime lacté.

Quelquefois, la quinine aura difficilement raison de la malaria, on pourra donner alors, seuls ou associés à cet alcaloïde, certains médicaments dont l'action curative semble démontrée, tels que la teinture d'eucalyptus globulus, l'arsenic.

Nous n'employons jamais l'acide phénique et le salicylate de soude que des auteurs ont préconisés (1) à cause des dangers que présentent ces médicaments chez les jeunes enfants.

Contre l'anémie consécutive, nous avons employé le traitement classique, préparations martiales, et, parmi elles, de préférence l'iodure et le protoxalate de fer ; chez

(1) Pepper, *déclat.*

les plus jeunes enfants, l'hémoglobine qui est plus assimilable ; comme toniques les amers, la teinture de noix vomique, le café, la kola, et surtout, le vin vieux que nous plaçons en première ligne avec du quinquina de préférence.

Dès que les enfants sont sevrés, l'alimentation se composera de cacao sous forme de chocolat, d'œufs mollets, de soupes, de jus de viande, et, au-dessus de deux ans, on ajoutera les viandes grillées.

Dans la forme chronique, lente, le changement d'air est indispensable, encore devra-t-on y ajouter un traitement suivi, l'arsenic, le massage, l'hydrothérapie et, lorsqu'il y aura possibilité, le changement de climat, le séjour au bord de la mer sur une plage aride, sèche, exempte du mélange d'eau douce et d'eau salée, favorable au développement de la malaria.

Si l'hydrothérapie simple ou maritime échoue, on aura recours aux stations balnéaires, et en premier lieu, Plombières, puis Royat et la Bourboule (1).

En Amérique, aux Etats-Unis, les préparations phosphorées sont très usitées ; partant de ce fait que « l'intoxication malarienne est surtout caractérisée par un trouble nerveux ; que le poison exerce une action violente, rapide et toute spéciale sur la cellule nerveuse ; que les modifications éprouvées par le système cérébro-spinal, les pertes nerveuses subies durant le cours de l'empoisonnement malarien aigu et à plus forte raison lorsqu'il est chronique,

(1) Jules Simon, page 453 *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants.*

réclament le plus souvent, l'accès passé, la médication par le phosphore », le docteur Churchil a employé avec succès l'hypophosphite de fer qui a donné au docteur Pepper, en Algérie, d'excellents résultats.

OBSERVATION I. — Enfant Berth... (Personnelle)

Au mois d'août 1891, nous fûmes appelé vers dix heures du soir, par la femme Berth... afin de visiter son fils qui, disait-elle, se tordait les membres et était fortement agité. Nous trouvons un enfant de 1 an 1/2, bien constitué, atteint de convulsions violentes, ayant perdu totalement connaissance, les pupilles fixes, dilatées, insensibles à la lumière, le pouce fléchi sous les autres doigts, la face grimaçante, le ventre rétracté, les bras et les jambes fléchis, contracturés et violemment secoués, la respiration lente et saccadée, les dents serrées avec une écume abondante sur les lèvres.

Par moment, les secousses convulsives cessaient, cet enfant paraissait alors dans le coma, la respiration suspendue, le pouls à peine perceptible, puis, deux ou trois secondes après, une véritable danse de tous les muscles recommençait.

Cet état durait depuis une demi-heure environ lorsque nous fûmes appelé ; dix minutes après notre arrivée cette agitation cessait et était remplacée par le coma. L'interrogation de la mère nous apprit que, depuis sa naissance, cet enfant était bien portant, qu'il n'avait jamais fait de maladie, que ni elle ni son mari n'avaient eu les fièvres ; vers les 7 heures du soir seulement il avait refusé de prendre le sein, s'était endormi difficilement, et c'est pendant le sommeil que l'accès convulsif avait brusquement débuté. Cette femme et son enfant n'étaient pas sortis du quartier où ils habitaient depuis plusieurs jours, et de ce fait nous hésitions à porter le diagnostic d'éclampsie malarienne, car ce quartier était un des plus sains de la ville ; néanmoins,

vu la gravité du cas, la température à l'anus était de 40°,5, et, pour obéir à une indication fournie par le milieu où vivait le malade, nous n'avons pas hésité à faire, dans la région para-trochantérienne, une injection hypodermique de 0,25 centigr. de bichlorhydrate de quinine et une injection d'éther ; en même temps, nous faisons de la révulsion intestinale et cutanée avec un lavement purgatif et des sinapismes appliqués sur les différentes parties du corps.

Une heure après, la température était tombée à 38° et l'enfant reprenait connaissance,

Le lendemain matin, nouvelle injection de 0,25 centigr. de quinine et l'accès ne se reproduisit plus.

Un mois après, en septembre, nouvelle atteinte convulsive avec élévation de la température, mais plus légère ; nouvelle injection de 0,25 centigr. de quinine, l'accès ne revint pas.

Depuis, cet enfant que nous voyons très souvent, n'a plus rien eu.

OBSERVATION II. — Enfant St-Mart... (Personnelle)

3 octobre 1891. — Mart... Fernand, âgé de deux ans, né en France.

Père et mère bien portants, n'ont jamais eu d'atteinte de malaria ni d'autres maladies.

Arrivé à Boufarik depuis huit mois environ.

Cet enfant est actuellement bien constitué, potelé, gai en temps ordinaire a bon appétit et dort tranquillement la nuit.

Malade depuis le 1^{er} octobre, se plaignait quelques jours avant, de bobo à la tête et au ventre, était triste, capricieux, morose, refusait de manger aux repas ce qu'il prenait ordinairement avec plaisir, demandait à se coucher ; était constipé et n'allait du corps qu'avec des lavements

C'est le soir du 1^{er} octobre qu'il eut un peu de fièvre, la première moitié de la nuit qui suivit, il fut un peu agité.

Le 2, il paraissait mieux, demanda son chocolat qu'il vomit un instant après.

La journée il garda le lit, refusa de prendre autre chose qu'un peu de lait, le soir la fièvre reprit l'enfant et ne le quitta plus jusqu'au lendemain, jour de notre première visite.

3 octobre. — Cet enfant est très agité, cause et se laisse difficilement examiner.

Température anale, matin, 39°,2. Pouls, 90.

Les joues sont colorées, la peau sèche, le ventre est sensible à la pression dans toute son étendue, mais particulièrement à gauche, au niveau de la rate, la langue est plate, sale, rouge sur les bords, rien à la poitrine ni au cœur. Le foie et la rate sont normaux.

Ce malade vomit tout ce qu'on lui fait prendre.

Nous portons le diagnostic d'embarras gastrique fébrile.

Prescriptions : Limonade purgative, lait bouilli coupé par moitié avec de l'eau de Vichy ; antipyrine, 0,20 centigr. en deux doses à donner dans la soirée.

Température soir : 40°. Pouls, 90.

4 octobre. — Matin, température, 39°,6. Pouls, 90. Nuit assez calme, même régime, antipyrine, 0,20 centigr. en 3 doses dans la journée.

Soir, température, 40°,3.

Nous changeons notre diagnostic et portons celui de continue palustre, en conséquence nous donnons en deux fois, à deux heures d'intervalle, 0,40 centigr. de chlorhydrate de quinine en solution.

A dix heures du soir, la famille nous prévient que les deux doses de ce médicament ont été vomies peu après leur ingestion. Nous prescrivons alors la même dose en lavement sans plus de succès, il est minuit, la température est à 39°.

5 octobre. — Matin, température, 39°,5. Nous faisons deux injections hypodermiques de 0,25 centigr. chacune, de bichlorhydrate de quinine.

Soir, température, 38°,2. Nous injectons de nouveau deux doses de 0,25 centigr. de bichlorhydrate de quinine.

6 octobre. — Matin, temp., 37°2 P. 80. La nuit a été calme, le sommeil paisible. A partir de ce moment, nous administrons journellement 0 gr. 40 centigr. de chlorhydrate de quinine par la bouche. Deux jours après, suppression de la quinine, l'enfant est convalescent, un peu anémié. Nous prescrivons un régime tonique et fortifiant.

Juillet 1892. — Cet enfant est de nouveau atteint de malaria sous forme d'accès quotidiens.

Médication quinique, injection hypodermique quotidienne de 0 gr. 50 centigr. de bichlorhydrate de quinine; durée huit jours, cessation des accès, retour lent à la santé.

Novembre 1893. — Le 10 novembre, après un séjour d'une semaine dans une ferme des environs où cependant les cas de fièvre malarienne sont assez rares, nouvelle atteinte.

La fièvre n'a pas débuté brusquement; quatre à cinq jours avant l'enfant se plaignait, surtout le soir, de malaise, de mal à la tête, il avait perdu son entrain habituel, avait un peu de diarrhée.

Les parents supposant une indisposition passagère se sont dispensés de nous appeler au début de la maladie, ce n'est qu'en présence de l'état plus grave du malade, qu'on nous envoie chercher huit jours après le début de l'affection.

État actuel, 10 novembre matin, léger épistaxis, faciès typhique, amaigri, langue sèche recouverte d'un enduit grisâtre et épais, les yeux sont brillants.

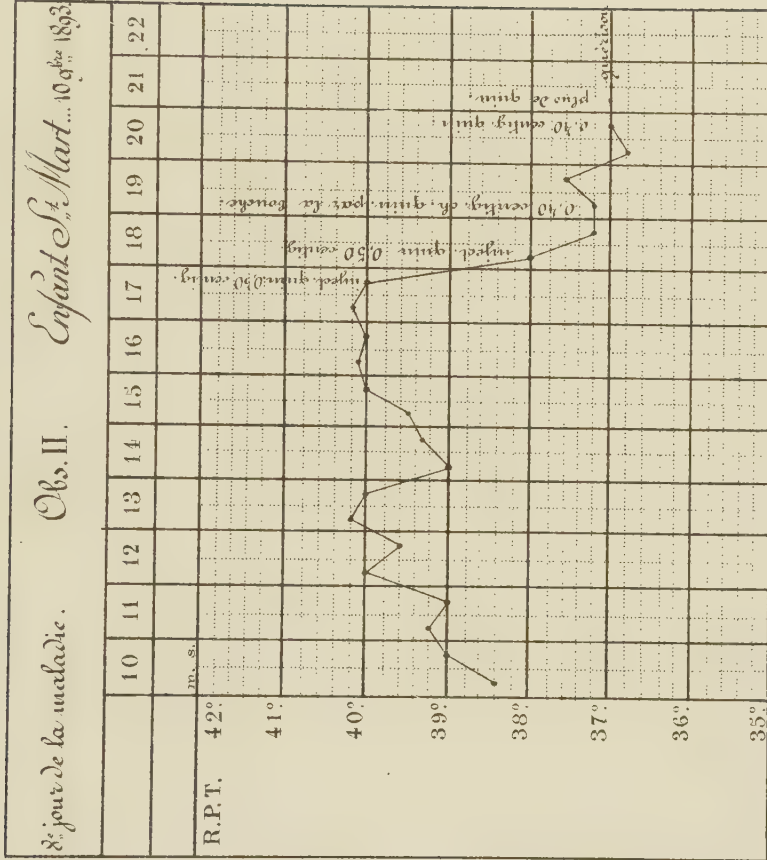
Température anale, 38°6, pouls, 120. La rate est douloureuse, un peu tuméfiée, le ventre plat.

Gargouillement prononcé dans la fosse iliaque droite, les selles sont couleur jaune ocre, liquides, grumeleuses, d'une odeur extrêmement fétide, leur nombre est de 10 à 12 par jour.

Toux légère, la gorge est un peu rouge, on entend à l'auscultation quelques râles de bronchite disséminés dans les deux poumons.

Le pouls est légèrement dicrote, mais régulier.

En présence de ces symptômes chez un malarien et l'absence de taches rosées lenticulaires, nous réservons notre diagnostic jusqu'au lendemain.



L'enfant étant très amaigri et les injections douloureuses, nous continuons à administrer par la bouche et journellement 0,40 centigr. de chlorhydrate de quinine, en deux fois dans la journée.

Le 19 novembre. — Température, matin, 37°,2, soir, 37°,6.

Le 20 — — — 36°,8 — 37.

Le 21, la température se maintient à 37°, le pouls a repris ses caractères normaux, la diarrhée s'est modifiée, les selles sont encore fréquentes : trois par jour.

Régime tonique, quinquina, jus de viande, champagne, vin vieux, café. Sirop d'iodure de fer.

1^{er} juillet 1894. — Nouvelle et dernière atteinte de malaria, accès tierce ; cette famille étant dans l'aisance, nous lui conseillons, pour leur enfant, le changement de climat et un séjour en France de plusieurs mois.

30 octobre 1894. — Nous revoyons une dernière fois ce malade qui est revenu de France n'ayant plus eu de fièvre, bien qu'il n'ait suivi aucun traitement depuis le jour où il débarquait à Port-Vendres.

OBSERVATION III. — Enfant Lan... (Peffer)

« Enfant de trois ans et demi, ayant eu une attaque d'empoisonnement aéro-tellurique il y a quatre mois, pour laquelle il prit du sulfate de quinine, de l'antipyrine, un vomitif, des purges, nous dit-on ; l'enfant ne recouvrant un peu de santé qu'après avoir quitté Menerville et être descendu à Alger pour y séjourner quelque temps. Appelé auprès de ce petit garçon par le père désespéré (il avait déjà perdu plusieurs enfants, apprenons-nous), nous trouvons l'enfant en proie à des convulsions généralisées, la face et les téguments d'un jaune cireux. Oreilles transparentes, nez pincé, empreinte de souffrance sur les traits.

» Des vomissements bilieux avaient précédé l'attaque convulsive, pour laquelle les parents avaient, sans succès naturellement, eu

» recours à l'éther et autres remèdes que leur suggérait leur entourage.

» A notre arrivée, l'enfant se vidait, l'urine et les matières fécales vertes, mousseuses, infectes, avaient souillé le lit. Après avoir fait enlever les draps et leur contenu, nous fîmes laver l'enfant avec une solution phéniquée alcoolisée, étendue d'eau et nous procédâmes de suite, l'enfant étant placé dans un lit propre, à une injection de 0,35 centigr. de bichlorhydrate de quinine et à l'administration d'un lavement phéniqué à 1/2 0/0. Vésicatoire A. Heslier, sur la rate.

» Les convulsions cessent peu après l'administration de l'injection. Nous recommandons de lotionner de nouveau le corps avec de l'eau phéniquée, et de donner encore deux lavements phéniqués dans le cours de la journée. L'enfant prend par la bouche et dès qu'il le peut, 0,25 centigr. de bromhydrate de quinine et une seconde dose égale de bromhydrate huit ou dix heures après, ainsi qu'un granule d'un quart de milligramme d'aconitine cristallisée dissoute dans de l'eau sucrée, à prendre par gorgées durant la journée et la nuit.

» L'enfant mange légèrement le soir, il passe une nuit tranquille et le traitement est continué le lendemain et le surlendemain, vingt-cinq centigrammes de dibromhydrate de quinine deux fois par jour, trois lotions et trois lavements phéniqués. Quatre repas légers par jour, et à chacun d'eux une demi-cuillerée à café d'un élixir de coca arsénié mêlé à du vin d'Espagne. »

OBSERVATION IV. — Enfant Parag... (personnelle)

Enfant âgé de huit ans, né à Boufarik.

Père et mère Espagnols, habitent la colonie depuis vingt-cinq ans, la mère seulement a eu les fièvres à plusieurs reprises.

La famille habite actuellement une maison humide dans une des parties basses et humides de la ville.

L'enfant n'a jamais fait de maladies, mais est d'une constitution

délicate, pâle, anémié, alité depuis huit jours, avec une fièvre continue. Au moment de notre visite, le 26 septembre, il ne cesse de gémir, la peau est brûlante, sèche, les pupilles dilatées, le regard fixe, les dents serrées, les urines involontaires, ne parle pas, tout le corps est rigide, le pouls très petit et dicrote ; n'a pas été à la selle depuis la veille au matin.

La respiration est précipitée, soixante à la minute.

Température 41°. Pouls 140. La rate est volumineuse, le foie déborde de deux travers de doigt le bord inférieur des fausses côtes.

Traitement : injection hypodermique d'un gramme de bichlorhydrate de quinine, révulsion cutanée, sinapismes aux mollets, ablutions rapides sur le corps toutes les 3 heures avec de l'eau froide, suivies d'un enveloppement dans une couverture de laine ; lavement purgatif.

Six heures du soir, température 39°6, pouls 110 ; Resp. 60 ; a transpiré, a cessé de crier, paraît plus calme.

Le 17 septembre, matin, 8 heures, température 38,5. Pouls 70. Resp. 30.

N'a pas bougé pendant la nuit, a uriné trois fois, autant de selles. Ne répond pas quand on l'interroge ; les pupilles sont revenues à leur état normal et se contractent bien à la lumière ; le pouls est bon.

Traitement : injection hypodermique d'un gramme de bichlorhydrate de quinine, lotions sur le corps avec de l'eau froide si la température remonte ; café noir, cognac, jus de viande.

18 septembre, matin, le malade a été très agité toute la nuit, au moment de notre visite, il est dans le coma ; injection d'éther et d'un gramme 50 centigr. de bichlorhydrate de quinine, pas d'amélioration, respiration stertoreuse, pouls filiforme, algidité ; décédé à une heure de l'après-midi.

OBSERVATION IV *bis*. — Parag... père. 20 septembre 1894
(personnelle)

Ce malade est le père de l'enfant Parag..., observation IV ; il est âgé de 42 ans, est né en Espagne, n'a jamais eu la fièvre tellurique et a toujours eu une santé excellente.

Habite la même maison que son enfant.

A eu un premier accès de fièvre le 16 septembre avec frisson prolongé, céphalalgie intense, vomissements bilieux et diarrhée.

Cet accès a commencé à 5 heures du soir et a duré jusqu'au matin 7 heures, depuis, il est revenu régulièrement à 5 heures du soir et a duré également jusqu'au matin.

Ce malade s'est purgé et a pris tous les jours un gramme de chlorhydrate de quinine, il va beaucoup mieux aujourd'hui 30 septembre.

Cette observation de malade adulte fait suite à l'observation IV de l'enfant, nous l'avons prise pour montrer que dans le même milieu malarien, deux individus d'âges différents et de la même famille ont la fièvre, mais subissent son atteinte d'une façon bien différente, l'enfant est d'abord malade le premier, son père vient ensuite et, tandis que chez l'un elle est très grave, chez l'autre elle est bénigne.

OBSERVATION V. — Almer. père et fils (personnelle).

Almer...., fils, 7 ans, bonne constitution, n'a jamais fait de maladie.

Il y a 8 jours, nous dit le père : « Je passais avec mon fils à travers le bas-fond de la plaine de Boufarik (quartier marécageux, fiévreux), il était 8 heures du soir environ, nous avons été obligés de nous arrêter une demi-heure auprès d'un canal qui sert de dépotoir aux eaux de la ville qui y croupissent actuellement ; il s'en dégageait une odeur nauséabonde et nous avons hâte de rentrer chez nous. »

Dès le lendemain, son fils tombait subitement malade avec une fièvre intense et délirait toute la nuit.

Nous voyons cet enfant le matin du 2 septembre, il répond nettement à toutes nos questions.

La peau est sèche, brûlante, la figure colorée, la langue plate recouverte d'un enduit blanc jaunâtre sur la base et le milieu, la pointe et les bords sont rouges ; le ventre est souple, non douloureux. Vomit tout ce qu'il prend, selles diarrhéiques, fréquentes, infectes, urines rares, hémaphéiques.

Température 40°. Pouls 130.

Prescription : 30 gr d'huile de ricin, seul purgatif que veut accepter le malade, le soir à 3 heures, 1 gr. de chlorhydrate de quinine en trois fois, à prendre une dose toutes les heures.

Dès le soir, lotions froides toutes les 4 heures suivies d'enveloppement dans une couverture de laine. Dans la journée et la nuit, comme boisson, limonade citrique glacée, lait coupé par moitié avec de la tisane d'orge et queues de cerises également glacé.

Température, soir, 39°2 ; pouls, 120.

Le 3 septembre, matin, température, 39°. Pouls 100.

Etat général amélioré, les lotions froides ont été chaque fois suivies de sueurs profuses et d'un sommeil d'une heure environ.

Sur les trois cachets de chlorhydrate de quinine donnés la veille, deux seulement ont été conservés, le 3^e a été rendu immédiatement après son ingestion.

Même médication, nous ajoutons seulement à la quinine, afin qu'elle soit mieux tolérée par l'estomac, un peu de cocaïne et d'opium formulé de la façon suivante :

Chlorhydrate de quinine, 1 gramme.

Chlorhydrate de cocaïne, 0 gr. 02 centigr.

Poudre d'opium brut, 1 centigramme.

Pour trois cachets.

Température, soir, 38°5. Pouls 100.

Le 4 septembre. Température, matin, 37°5. Pouls 100.

Le malade a conservé ses trois cachets, sa mère nous dit que voyant son enfant dormir la nuit elle ne l'avait pas lotionné.

Les urines sont devenues abondantes, elles sont foncées, couleur rouge acajou. Même traitement.

Le soir, température. 37°5. Pouls 80

L'état général est très relevé, les selles sont normales, les urines plus claires et abondantes, le malade demande à manger.

Nous prescrivons 50 centigr. de quinine à prendre tous les jours en deux fois au moment des repas, alimentation substantielle, vin de quinquina, deux pilules ferrugineuses de Vallet.

OBSERVATION V *bis*. — Almer..... père (personnelle).

40 ans, né en France, habite l'Algérie depuis 20 ans. Boulanger, tempérament arthritique, souffre de temps en temps de lumbago et de crises de coliques néphrétiques dues à une gravelle phosphatique. N'a jamais eu d'autres maladies.

Souffrait depuis quelques jours de mal aux reins, suivant son expression, lorsque subitement, le matin du 3 septembre, il a été pris d'une colique intense siégeant au niveau du rein droit ; au moment de notre examen, il est très pâle, ployé en deux sur son lit, couvert de sueurs profuses, le pouls petit et précipité, le testicule droit est rétracté ; nous portons le diagnostic de colique néphrétique ; 24 heures après, sous l'influence d'un traitement approprié, le malade se lève et surveille ses affaires.

Le 4 septembre, vers midi, il est pris d'un grand malaise avec frisson, tremblant violemment jusqu'au soir 5 heures, à ce moment la température atteint 40°5 ; céphalalgie violente jusqu'à minuit, puis sueurs abondantes jusqu'à 3 heures du matin, heure à laquelle nous sommes appelé, nous pratiquons immédiatement une injection de bichlorhydrate de quinine de 1 gr. 50 centigr.

Nous revoyons le malade le soir, son état est satisfaisant. Nous lui faisons prendre les jours suivants, pendant 3 fois, 75 centigr. de chlorhydrate de quinine et depuis il est en bonne santé.

Ces deux observations sont analogues aux observations IV et IV *bis*, nous voyons également la malaria se

manifester chez deux individus de la même famille, dans les mêmes conditions hygiéniques; chez l'un, l'enfant, elle est aussi plus grave que chez le père et c'est l'enfant aussi qui, le premier, a été atteint.

OBSERVATION VI. — Ivorra Lyorca (due à l'obligeance de notre confrère et ami le D^r Babylée, de Douéra).

Enfant, âgée de 5 ans. Entre à l'hôpital avec sa mère le 10 août 1894. Ses parents nous apprennent qu'ils habitent la région de Staoueli (1) depuis deux mois. Ils habitaient antérieurement la province d'Alicante (Espagne), dans un endroit très sain et exempt de malaria. Ils ajoutent que leur enfant est malade depuis une dizaine de jours, et que chaque jour elle a des accès de fièvre intenses.

Les antécédents héréditaires ne donnent rien d'intéressant, le père et la mère sont vivants et très bien portants tous les deux.

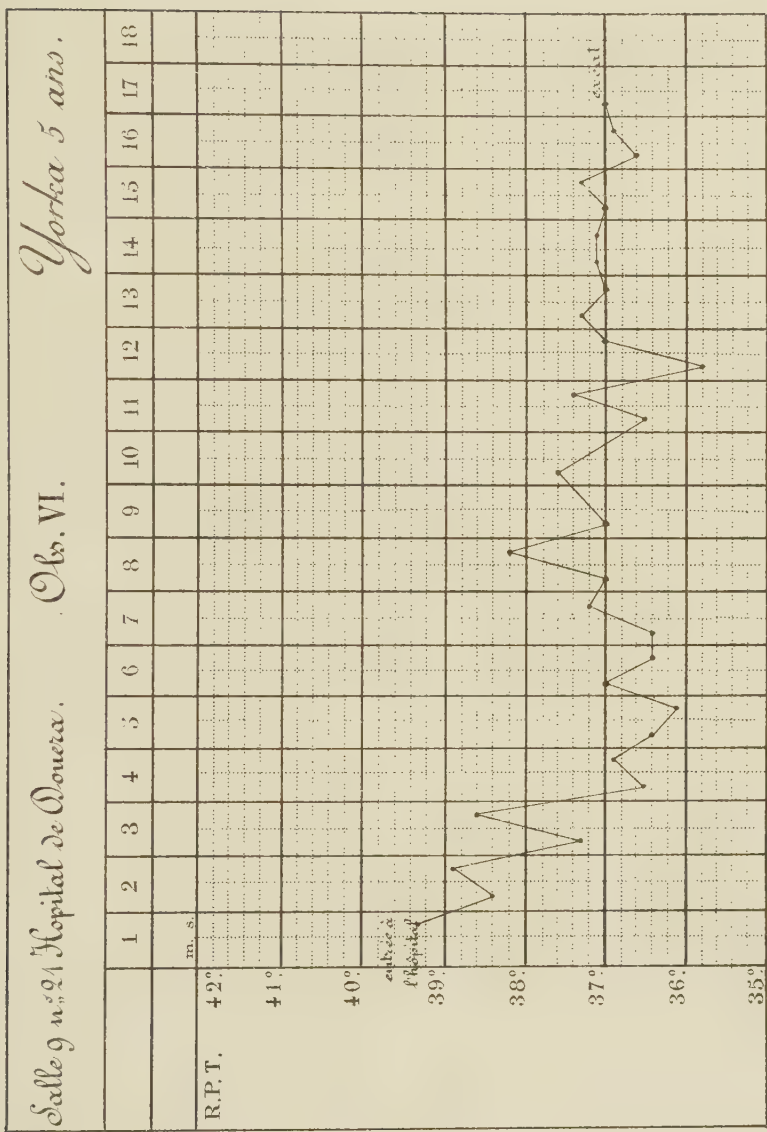
Les antécédents personnels ne donnent rien non plus, l'enfant n'a jamais eu aucune maladie antérieure.

Mais quinze jours après son arrivée à Staouelli, elle avait eu une fièvre semblable à celle qui la fait rentrer à l'hôpital aujourd'hui, cette fièvre aurait duré quinze jours environ et avait guéri sous l'influence de la quinine.

A son entrée à l'hôpital, l'enfant présente une teinte cachectique particulière, le visage est pâle, anémié, le teint terreux, les sclérotiques un peu jaunes.

L'examen des différents organes ne nous apprend rien, seuls le foie et la rate méritent de nous arrêter. Le foie est volumineux. La ligne de matité supérieure commence à un travers de doigt au-dessous du mamelon et s'étend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord

(1) Staoueli, petit village du littoral, région fiévreuse.



des fausses côtes ; le lobe gauche s'étend jusqu'à un centimètre à droite de la ligne blanche, dans le creux épigastrique.

La palpation en est légèrement douloureuse.

La rate est volumineuse aussi, la ligne de matité remonte au même niveau que celle du foie et s'étend en bas jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes.

Au creux épigastrique la matité se confond avec celle du foie, les deux organes se touchent et recouvrent complètement l'estomac.

La langue est saburrale, sans fuliginosités. L'appétit est nul, les selles sont normales. Pas de taches cutanées.

Le 20, nous donnons une potion avec 0,50 centigr. de bromhydrate de quinine.

Le 21, deux lavements, un matin et soir, contenant chacun 0,50 centigr. de bromhydrate de quinine.

Le 22, injection hypodermique de 0,50 centigr. de chlorhydrosulfate de quinine.

Le 23, — id. —

Le 24, suppression du traitement.

Le 27, injection hypodermique de 0,50 centigr. de chlorhydrosulfate de quinine.

Le 28, suppression de tout traitement.

Le 5, jour de la sortie de l'enfant, le teint cachectique a disparu, l'appétit est revenu, l'enfant est gaie, elle joue, l'hypertrophie des organes splanchniques a notablement diminué.

OBSERVATION VII. — Famille Past..., 10 septembre 1894
(Personnelle).

Le 10 septembre 1894, M. Past... propriétaire, cultivateur d'une ferme située à 500 mètres de Boufarik, nous apporte son fils âgé de 16 mois.

La mère nous apprend que, depuis quelques jours son enfant était

inquiet, refusait de prendre le sein, et que tous les soirs à la même heure il pâlisait légèrement, puis vomissait le lait qu'il venait de téter, mais, nous dit-elle : « Je n'ai pas pris au sérieux ces vomissements et « ces malaises, je pensais que c'était la dentition qui en était la « cause ».

Au moment de notre examen, l'enfant est agité par des secousses convulsives, les pupilles sont dilatées, les yeux en strabisme convergent, dirigés en haut, la face grimaçante, les dents serrées avec une légère écume sur les lèvres, celles-ci sont violacées, la figure très pâle, les narines pincées, le corps froid.

Le pouls précipité est filiforme, la respiration présente le caractère de Cheyne Stokes.

En présence de ces symptômes chez un enfant habitant la campagne de Boufarik, nous pensons que nous avons sous les yeux un accès pernicieux convulsif et nous proposons à la famille de faire à leur enfant une injection hypodermique de quinine ; sur leur refus nous prescrivons un lavement ainsi composé :

Bichlorhydrate de quinine, 0,50 centigr.

Jaune d'œuf n° 1.

Eau distillée aseptisée, 30 centimètres cubes.

En même temps nous faisons envelopper l'enfant dans de l'ouate et mettre des cruchons d'eau chaude tout autour de lui dans son berceau. Dès que la réaction commence à se produire, nous lui faisons prendre par cuillers à café tous les 1/4 d'heure la potion suivante :

Hydrate de chloral chimiquement pur.	} à 0,10 centigr. de chaque.
Analgésine.	
Bromure de sodium.	
Julep.	
	60 grammes.

Deux heures après les convulsions avaient cessé, le thermomètre marquait à l'anus 39°, l'enfant avait repris connaissance.

Le premier lavement ayant été gardé à peine une heure, nous en prescrivons deux autres pareils pour être donnés à 10 heures d'intervalle.

Le lendemain 11 septembre, température, 37°, et de tous ces symptômes alarmants il ne restait plus qu'une grande faiblesse.

14 septembre. — Nous sommes de nouveau appelé chez M. Past... ; notre malade des jours précédents est en bon état de convalescence et n'a plus eu la moindre fièvre, mais, nous trouvons couchées ses deux sœurs âgées de 5 ans et de 7 ans, la première a été atteinte la veille par un accès de fièvre qui ne l'a pas encore quittée, l'aînée vient d'être prise de malaises et de frissons.

Nous instituons un traitement quinique avec le bichlorhydrate de ce sel en solution à la suite duquel les accès ont disparu.

Le 15, nous rencontrons M. Past... ; il est très pâle et nous dit que lui et sa femme ont eu, le matin, un accès de fièvre.

1^{er} novembre. — Obligé de nous absenter de Boufarik et de quitter momentanément notre clientèle, nous n'avons pu suivre régulièrement l'action de la malaria sur cette famille ; à notre retour, 1^{er} novembre, nous sommes de nouveau appelé auprès des mêmes enfants.

Les parents nous disent que depuis notre départ, voyant leurs enfants et eux-mêmes aller de mieux en mieux, ils avaient suspendu tout traitement, lorsque vers le milieu d'octobre, les deux plus jeunes, qui déjà avaient eu les premiers la fièvre, étaient retombés malades, ayant tous les soirs vers les 5 heures un accès qui durait jusqu'au lendemain dix heures du matin ou midi ; que la quinine qu'on leur avait donnée ne leur avait rien fait et qu'ils étaient allés inutilement à Castiglione (1) passer dix jours pour changer d'air, aucune amélioration n'étant survenue.

Depuis cette époque, ils ont pris chacun une dose quotidienne de 0,20 centigr. de chlorhydrate de quinine, mais sans résultat.

Température, 39°.

Bien que n'ayant que 3 ans de différence d'âge, ces enfants ne sont pas également touchés par la maladie ; la plus âgée des deux est seulement anémiée, le foie et la rate sont peu hypertrophiés, la

(1) Castiglione, village situé sur le littoral méditerranéen, à 40 kil. à l'est d'Alger

ligne de matité dépasse à peine le rebord inférieur des côtes ; elle a conservé son entrain habituel et a un peu d'appétit.

La plus jeune est profondément anémiée, le visage, jaune paille, terreux, rappelle le teint des cancéreux, les mouvements sont lents, les lèvres, les gencives, les oreilles absolument décolorées, le ventre est ballonné, les cuisses flasques, les yeux cernés et enfoncés dans l'orbite, la voix grêle, le pouls lent et filiforme, les urines légèrement albumineuses.

Les selles sont liquides et fréquentes, la peau sèche, la langue lisse, dépouillée, humide, un peu sale à la base et au milieu, le foie est gros, la rate hypertrophiée déborde de trois travers de doigt des fausses côtes.

Malgré cet état cachectique avancé, cette enfant prend volontiers tout ce qu'on lui donne, même la quinine.

Prescription : Liqueur arsénicale de Boudin, quatre gouttes par jour, bichlorhydrate de quinine 0,40 centigr. en solution à prendre en deux fois dans la journée, frictions sur le corps avec l'alcool camphré. Sirop d'iodure de fer et sirop de quinquina.

Cette médication est bien tolérée.

15 novembre. — Les accès ont cessé, les enfants sont plus gaies, les organes splanchniques sont presque revenus à l'état normal, l'appétit est excellent, mais elles sont encore très anémiées, la plus jeune surtout.

Voilà une observation probante, l'action de la malaria se fait sentir sur cinq membres de la même famille et cette action se manifeste tout d'abord sur le plus jeune et avec un caractère de gravité que l'on ne retrouve pas chez les plus âgés.

OBSERVATION VIII. — Enfant Ler..., 3 août 1894 (Personnelle).

Magdeleine Ler..., 4 ans, enfant chétive, née dans la plaine de Chebli (1) ; rien d'intéressant dans les antécédents personnels.

La mère est bien portante, le père a eu les fièvres pendant deux ans avant la naissance de cette enfant.

A deux frères plus âgés qui ont eu aussi la fièvre malarienne dans leur jeune âge.

N'a jamais été malade depuis sa naissance, mais au mois d'août 1893, elle aurait eu une éruption de furoncles sur tout le corps, elle se plaignait alors de douleurs vagues dans le ventre et au niveau de la rate, elle avait maigri, perdu l'appétit ; était devenue triste, morose ; la mère nous dit qu'à cette époque elle avait remarqué que son enfant était très chaude pendant la nuit, et, pensant que c'était la fièvre du pays, elle l'avait purgée et lui avait donné tous les jours, pendant une semaine, trois doses de chlorhydrate de quinine de 0,20 centigr. chacune. Son enfant avait végété ensuite sans fièvre jusqu'aux premières fraîcheurs de décembre, époque à laquelle elle s'était complètement rétablie.

Aujourd'hui, 3 août 1894, cette enfant est pâle, très anémiée, le ventre douloureux ainsi que le foie et la rate qui sont légèrement hypertrophiés ; le corps est couvert de furoncles, la langue est rouge à la pointe et sur les bords, blanche au milieu et à la base.

Rien au cœur, rien aux poumons ; légère constipation.

A depuis deux jours un accès de fièvre la nuit, qui commence le soir vers les 8 heures et finit le lendemain matin vers 9 ou 10 heures, avec un peu de délire, de la contracture des maxillaires.

Prescription : pendant les accès, lotions rapides sur le corps avec de l'eau froide, 0,50 centigr. de chlorhydrate de quinine en deux doses

(1) Chebli, village situé dans la plaine de la Mitidja, à 9 kil. à l'est de Boufarik.

dans la journée jusqu'à cessation des accès. Régime : eau vineuse, lait, viandes rôties, œufs, vin de quinquina.

Les 4, 5, 6, 7 août, les accès sont de moins en moins forts.

Le 8, ils cessent complètement.

2 octobre. — Nous voyons cette malade qui est complètement rétablie.

Le début des accès chez cette enfant était caractérisé par des vomissements, une pâleur très grande de la face, sans frisson, avec élévation immédiate de la température qui atteignait dans l'anus 39° en un quart d'heure.

OBSERVATION IX. — Famille Vaï..., 6 août 1894 (Personnelle).

La mère âgée de 28 ans, une fille, 5 ans, un garçon de 1 an 1/2.

Aucun d'eux n'a eu la fièvre malarienne.

Le plus jeune est atteint le premier, deux jours après la fillette et la mère étaient atteintes à leur tour.

La fièvre vient le soir, une heure après le repas, dure deux heures, puis reprend vers les trois ou quatre heures du matin, excepté pour le plus petit chez lequel elle dure toute la nuit.

La dose de sulfate de quinine administrée a été journellement de 0.50 centigr. pour le plus jeune enfant, un gramme pour la fillette et 1 gr. 50 centigr. pour la mère.

Au bout de huit jours, pas d'amélioration.

C'est alors que cette famille, qui habite une ferme dont les terrains sont situés à 8 mètres au-dessous du niveau du village, quitte la région et va habiter à Birkadem, pays à peu près exempt de malaria.

Ils reviennent huit jours après, les accès ayant complètement cessé, sans aucune médication, dès le premier jour de leur arrivée dans ce pays.

OBSERVATION XI. -- Enfant Mat... (Personnelle).

Alix Mat .., 4 ans, née à Boufarik. Enfant bien constituée, n'a jamais été malade. Cinq frères ou sœurs en bonne santé. — Père et mère bien portants actuellement, ont eu les fièvres pendant deux ans, il y a cinq ans.

Malade depuis 7 jours. Au début, mal à la tête, anorexie, agitation dans la soirée avec rougeurs subites du visage, a été soignée à ce moment avec de l'antipyrine et de la quinine.

Le 10 juillet, état actuel. Enfant agitée, pouls rapide et petit, langue sèche, lèvres et gencives fuligineuses, très abattue, somnolente, répond difficilement aux questions posées. Elle n'a pas de diarrhée, rien à la poitrine ni au cœur, le ventre est souple, le foie et la rate normaux ; pas de taches sur la peau. Vomit tout, aliments et médicaments.

Transpiration abondante la nuit.

Température anale, soir, 39°, 7.

Prescription : 0 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine en deux lavements, à 6 heures d'intervalle.

Le 11 matin, même état, un peu plus abattue.

Température, 40°, 3.

Ses lavements de quinine ont été immédiatement rendus, nous essayons de faire prendre une dose de ce médicament par la bouche, l'enfant accepte sans résistance, mais vomit un instant après, comme d'ailleurs tout ce qu'elle prend, excepté le lait et le jus de viande glacés. Nous donnons alors 2 prises d'antipyrine de 0,20 centigr. chacune dans un peu de lait glacé.

Le soir, température, 40°, 2 ; injections hypodermiques de bichlorhydrate de quinine, de 0,25 centigr. chacune.

Le 12, matin, température, 39°, 7 ; pouls plein, rapide, respiration normale ; la malade a pris en deux fois dans la nuit 0 gr. 25 centigr. d'analgésine, elle a dormi un peu ; n'a pas été agitée ; la soif était

modérée ; s'est éveillée vers les 7 heures du matin, a demandé à jouer, puis à 9 heures s'est endormie.

La langue est rouge à la pointe, dépouillée sur les bords, pâteuse au milieu et à la base, elle est un peu humide.

Pas de diarrhée, l'enfant est constipée, la quantité de l'urine rendue dépasse 500 grammes, elle est foncée, couleur acajou.

Nous prescrivons 0,50 centigr. de calomel en 3 doses à 3 heures d'intervalle.

Soir. Température 40°2. Pouls rapide, fort et régulier, la langue est moins humide que le matin, la purgation a donné trois selles d'excréments normaux.

Injections hypodermiques de 0 gr. 50 cent. de bichlorhydrate de quinine.

Le 13. — Matin. Température 39°5, nuit calme, pas de selles, langue un peu humide.

Soir. Température 40°, l'enfant est très abattue.

Nous constatons au point, piqué par l'injection de la veille, une légère ecchymose, la région est tuméfiée, douloureuse ; aussi craignant soit un abcès, soit un escharre, nous laissons la voie hypodermique et ordonnons d'abord un lavement simple pour évacuer le rectum, puis un lavement ainsi formulé :

Bichlorhydrate de quinine, 0,25 centigrammes.

Laudanum de Sydenham, une demi-goutte.

La moitié d'un jaune d'œuf.

Eau distillée aseptique, 60 grammes.

Le 14. — Température 40°. A gardé complètement le lavement de quinine donné la veille, tousse légèrement, mais nous ne trouvons rien dans la poitrine ni à la percussion ni à l'auscultation. — Pas de selles depuis l'avant-veille où nous avons prescrit 0,50 de calomel ; nous ordonnons cette même purgation.

Tempér. midi, 39°5. La purge du matin n'ayant pas donné de selles, nous faisons administrer un lavement d'eau bouillie qui détermine immédiatement une évacuation assez abondante de matières fécales demi-liquides.

Jul

10

m. 5.

8^h 7^h

+1°

40

39

38

37

36

Température soir 7 heures, 39°. Lavement avec 25 centigr. de bichlorhydrate de quinine.

Température minuit : 40°5.

Le 15. — Tempér. matin 40°. Pouls petit, irrégulier, très rapide ; selles liquides pendant la nuit avec évacuations de plusieurs scyballes.

Le ventre est ballonné, les lèvres fuligineuses, la langue rôtie tremblotante, la malade parle difficilement en bredouillant des mots incompréhensibles ; elle est profondément indifférente à ce qui se passe autour d'elle ; elle avale avec peine les aliments ou les boissons qui lui sont présentés ; les dents sont serrées, la respiration est normale ; les mains et les jambes continuellement agitées, la peau est sèche. En présence de cet état, voyant que la quinine ne donnait aucun résultat, nous avons recours aux enveloppements froids, ne pouvant faire accepter par la famille les bains froids que nous eussions préférés.

Un premier enveloppement a eu lieu à 8 h. du matin, après deux heures, la température était à 39°2.

A 6 heures du soir lavement de bichlorhyd. de quinine à 0,25 centigr.

A 7 heures, température 38°7, le pouls est régulier, plus lent, la malade a eu une selle liquide, elle sommeille, a pris du lait et du café noir légèrement alcoolisé avec du cognac vieux. A partir de ce moment nous prenons la température 3 fois dans la journée, le matin, à midi et le soir et faisons faire un enveloppement froid avec de l'eau du puits à 20°, chaque fois la température dépasse 38° ; nous prenons également la température une heure après chaque enveloppement.

Le 16. — A deux reprises, pendant la nuit du 15 au 16, la température est montée à 39° et chaque fois un enveloppement froid a amené un bien-être suivi d'une transpiration abondante, et, une heure après environ, d'un abaissement de la température de un degré.

Température matin 8 heures, 38°3.

Id midi, 39°8.

Température soir, 38°4.

La malade a pris dans la journée une tasse de café au lait et une cuiller à bouche de jus de viande.

Le 17. — Même état que le 16.

Température matin 8 heures, 38°6.

Id. midi 39°.

Id. soir 7 heures, 38°4.

La réaction étant lente à se faire après les enveloppements froids, et la malade étant très affaiblie, nous prescrivons la potion suivante :

Extrait de quinquina..... 4 grammes

Acétate d'ammoniaque.... 4 grammes

Cognac vieux..... 30 grammes

Sirop de sucre }
Glycérine neutre } à 20 centimètres cubes

Eau gommeuse aseptique, 110 cent. cubes

et d'en donner une cuiller à bouche après les enveloppements froids.

Le 18. — La nuit a été bonne, la malade a dormi, la température n'a pas dépassé 38°5.

Température 8 h. du matin 39° }
Id. 7 h. du soir 38° } selles normales, demi-liquides.

Le 19. — Température 8 heures, 38°5. L'enfant demande à manger, la langue est humide ; tousse moins que les autres jours, mais il nous est impossible d'ausculter et de la toucher : elle est très irascible et ne veut se laisser approcher par personne. Nous nous opposons formellement à ce qu'on lui donne d'autres aliments que ceux prescrits.

Les selles et les urines sont normales.

A 5 heures du soir, température 40°.

En présence de cette élévation brusque de la température, alors que, sous l'influence des enveloppements froids, la défervescence semblait s'accroître de jour en jour et en l'absence de complications viscérales apparentes, nous donnons de nouveau de la quinine à notre malade

La voie hypodermique nous étant fermée ainsi que la voie stomacale, la première à cause de l'imminence de la formation d'escharres, et la seconde parce qu'il est impossible de vaincre la résistance de la malade, nous prescrivons des lavements d'après la formule donnée plus haut, un lavement est donné le soir à cinq heures et un à minuit

Le 20. — Les deux lavements de quinine ont été gardés sans difficulté.

Température. Matin 8 heures, 38°.

Id. Soir 7 heures, 38°5.

Lavement quinine à 0,25 centigr. de bichlorhydrate.

Le 21. — Température matin 8 heures, 38°6. Nuit agitée, la mère nous apprend que vers une heure du matin elle a été fort effrayée parce que son enfant a été subitement glacée, couverte de sueur, et ne répondant plus à ses questions ; que, ne sachant quoi faire, elle l'avait frictionnée, entourée de cruchons d'eau chaude et lui avait donné trois cuillers de la potion tonique ; qu'une demi-heure s'était écoulée avant qu'elle ne fût réchauffée, après quoi, la jeune malade s'était endormie. L'enfant consent à prendre la quinine par la bouche, nous supprimons les lavements et lui faisons prendre immédiatement 0,25 centigrammes de bichlorhydrate de quinine dans cinq centimètres cubes d'eau distillée.

Le soir même dose. Température, 7 heures, 38°.

Le 22. — Température à 8 heures, 38°6, 25 centigr. de chlorhydrate de quinine.

Température soir à 7 heures, 40°. Agitation, délire, enveloppement froid et 25 centigr. de bichlorhydrate de quinine.

Le 23, nuit calme. A été de nouveau froide vers minuit, cet état a duré également une demi-heure, après quoi la chaleur est revenue ; la température n'a pas été prise à ce moment.

Température matin 8 h., 40°. Pouls rapide, malgré cette élévation de la température l'état général se maintient amélioré, l'enfant est assise sur son lit, répond aux questions qu'on lui pose et demande tout ce dont elle a besoin ; la langue est humide, dépouillée sur les bords et au milieu, les selles sont normales, le ventre souple, les régions de la rate et du foie un peu douloureuses à la pression. Nous prescrivons : Enveloppement froid et 0,50 centigr. de bichlorhydrate de quinine en deux doses prises à une heure d'intervalle. A 4 heures de l'après-midi, 0,25 centigr. de bichlorhydrate de quinine.

Température soir à 4 heures, 37°1.

id. . soir à minuit, 40°.

Le 24, matin 8 heures	38°5.
midi	39°7.
soir 5 heures	40°.
id. 9 heures	39°2.

Bichlorhydrate de quinine 1 gramme en 4 prises dans la journée. A partir du 24, bien que les enveloppements froids soient continués chaque fois que la température dépasse 38°5, nous ne les avons plus mentionnés sur notre tracé, chaque enveloppement amenant invariablement une défervescence d'un degré.

Le 25. Température, matin 8 heures, 38°4.
 id. soir 7 heures, 38°5.

Tousse un peu, on entend quelques gros râles muqueux disséminés dans la poitrine : 0,75 centigr. de quinine en 3 doses dans la journée.

Le 26. Température, matin 8 heures 38°
 id. midi 39°5
 id. soir 7 heures 38°

0,75 centigr. de bichlorhydrate de quinine.

Le 27. Température, matin 8 heures 38°5
 id. soir 7 heures 38°5

Etat général bien amélioré, langue dépouillée, lisse, humide, toux grasse ; la malade demande à se lever. Pas de quinine.

Le 28. Température, matin 8 heures 37°
 id. soir 7 heures 38°5.

0,75 centigr. de bichlorhydrate de quinine en 3 doses.

Le 29. Température, matin 8 heures 37°5.
 id. soir 7 heures 38°.

0,75 centigr. de bichlorhydrate de quinine.

On continue d'alimenter la malade avec du jus de viande, du lait, du café, de l'eau vineuse et en plus on lui donne des œufs mollets.

La toux a presque cessé, les râles de bronchite ont disparu, les urines et les selles continuent à être normales.

Le 30. Température, matin 37°5. — Pas de quinine.
 id. soir 39° 5.

La malade se lève, dort bien la nuit et s'alimente.

Le 31. Temp. matin 38°. — 0,75 centigr. bichlorhydrate de quinine.
id. soir 38°5.

Apparition d'abcès sous-cutanés au bout de l'index et au cuir chevelu.

1^{er} août. Temp. matin 37°3.

id. soir 38°2. — 0,60 cent. bichlorhydrate de quinine.

L'enfant se plaint de ne pouvoir marcher, nous l'examinons et trouvons la région para-trochantérienne tuméfiée, rouge, douloureuse ; nous faisons appliquer immédiatement des compresses réolutives de vin aromatique.

Le 2 août. Température, matin 37°

id. soir 37°3.

La rougeur et la tuméfaction de la fesse ont disparu ; nous ouvrons au bistouri deux autres abcès du cuir chevelu que nous pansons à l'eau boriquée.

Le 2 août. Température, matin 37°3

id. soir 37°3.

OBSERVATION XIII. — Enfant Vac..... (Personnelle).

Marie Vac....., 7 ans, née à Boufarik. Habite la ville depuis sa naissance.

A eu la rougeole à 4 ans ; depuis n'a jamais été malade.

A une sœur et un frère bien portants ; parents en bonne santé.

Malade depuis huit jours, était fatiguée depuis quelque temps, éprouvait une grande lassitude dans les bras et les jambes.

A eu au début un coup de soleil (nous disent les parents) qui a occasionné un accès de fièvre qui a duré 24 heures, après lequel elle a été bien pendant deux jours.

A été prise, le soir où elle s'est alitée, de vomissements, de violentes douleurs de tête et ne s'est plus levée depuis ce moment, c'est-à-dire depuis huit jours.

Le 18 août, jour de notre première visite, l'enfant est très faible, très amaigrie, les joues sont colorées, le regard brillant, fixe, les lèvres et les gencives fuligineuses, la langue rôtie ; la respiration lente, le pouls très rapide, dicrote (150 pulsations à la minute), les bras et les jambes sont inertes, l'adynamie est très prononcée.

Le cou, la poitrine et l'abdomen sont couverts de sudaminas ; pas de taches rosées, lenticulaires sur la peau, le foie est normal, la rate très volumineuse déborde de six travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Les urines sont rares, foncées en couleur, la diarrhée abondante, d'une odeur fétide. Dix selles par jour en moyenne.

Le cœur est fatigué, ses contractions faibles, son rythme irrégulier. Quelques râles de congestion aux bases des poumons.

Température à l'anus 39°2.

Injection hypodermique de 1 gr. 50 centigr. de bichlorhydrate de quinine et de 0,50 centigr. de caféine, lavement purgatif ; enveloppements froids avec un drap mouillé toutes les 3 heures, et potion tonique à l'alcool quinquina et acétate d'ammoniaque administrée par cuillers toutes les heures.

Le 19. Température matin 39°2, injection hypodermique de 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine et de 0,50 centigr. de caféine.

La malade a pris du lait et sa potion, elle paraît moins fatiguée et répond assez bien aux questions qu'on lui pose.

Température soir : 39°,5.

Le 20. Température matin : 40°,6. — Injection hypodermique d'éther, de caféine et de 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine. La malade est dans le coma.

Décédée à minuit.

Cette observation nous montre que la quinine donnée à haute dose n'ayant aucune action sur la marche progressive de l'hyperthermie, il est très probable que la malade a succombé à une fièvre typhoïde ; malheureusement le traitement est arrivé beaucoup trop tard pour avoir des chances d'éviter cette terminaison fatale.

OBSERVATION XIV. — Enfant Mat... (Personnelle)

Jeanne Mat... ; 4 ans, née à Boufarik.

Parents bien portants actuellement, habitent la localité depuis plusieurs années et ont eu des accès de fièvre à plusieurs reprises.

Cette enfant a été bien portante depuis sa naissance jusqu'à 4 ans ; à cet âge nous l'avons soignée pour une rougeole à la suite de laquelle elle eut plusieurs abcès cutanés.

Deux mois après qu'elle fut complètement guérie de cette affection, cette enfant était atteinte d'urticaire très intense.

Cette urticaire caractérisée par de grandes plaques rouges, larges comme la main, apparaissait le soir vers 4 heures avec élévation de la température à 40 et 40°,5, douleurs de tête, catarrhe gastrique et vomissements.

Pensant qu'il s'agissait là d'une manifestation malarienne, nous prescrivîmes des ablutions fraîches sur le corps pendant l'éruption et 0 gr. 50 centigr. de bichlorhydrate de quinine en deux lavements.

Quelques jours après, l'urticaire disparaissait, la langue se dépouillait, l'enfant reprenait son entrain et sa gaité habituels.

Quinze jours après, nouvelle manifestation malarienne sous forme d'accès quotidiens ; administration par la bouche de 0 gr. 50 centigr. de chlorhydrate de quinine en 2 prises, une le matin et une le soir. Cette médication est continuée, sans succès pendant huit jours, au bout desquels les accès cessent et l'enfant revient peu à peu à la santé.

Trois mois après, nouveaux accès de fièvre tellurique, nous donnons 0 gr. 50 centigr. de chlorhydrate de quinine, pendant 15 jours sans grande amélioration ; les accès sont moins intenses, l'état de la langue et de l'estomac est bon, l'enfant prend du lait et du jus de viande qu'elle digère très bien, néanmoins elle paraît se cachectiser, la figure est pâle, un peu bouffie, elle a cessé ses jeux et dort très bien pendant les nuits.

Nous essayons de donner d'autres sels de quinine, bromhydrate et sulfate sans plus de résultats ; la fièvre revient, moins intense, il est vrai, mais à 4 ou 5 heures, la température s'élève régulièrement tous les jours.

Nous faisons alors deux injections hypodermiques de bichlorhydrate de quinine de 0,24 centigr. chacune. Le lendemain, l'accès ne revenait pas ; nous faisons de nouveau deux injections de bichlorhydrate de quinine de 0,25 centigr. chacune ; depuis, les accès ont cessé complètement et cette enfant que nous voyons très souvent se porte très bien.

OBSERVATION XV. — Enfant Cluc .. (Personnelle)

En 1892, nous étions appelé dans une ferme pour examiner un enfant atteint de convulsions ; cet enfant avait un an, était né dans la ferme où il se trouvait alors, de parents malariens.

Le personnel de cette ferme et les parents eux-mêmes étant atteints de fièvre tellurique au moment de notre visite, nous portâmes, chez ce petit malade, le diagnostic de malaria, diagnostic qu'un traitement quinique confirma pleinement, l'enfant guérit ainsi que ses parents.

Six mois après, nous revoyons cet enfant, il est atteint de nouveau par l'infection malarienne, sous forme d'urticaire ; traitement quinique, guérison.

Les parents ayant quitté le pays, nous perdons de vue ce malade.

En 1893, au mois de décembre, nous sommes appelé dans la nuit à 9 kil. de Boufarik, et, tout étonné, nous retrouvons ce malade avec une dyspnée intense.

L'interrogation des parents nous apprend que, depuis leur départ de Boufarik, leur enfant avait eu des accès de fièvre de temps en temps, mais que chaque fois ils lui avaient fait prendre de la quinine et les accès avaient cessé.

Il y avait environ 6 mois que cet enfant avait eu déjà un accès

d'oppression ; quelque temps après, il était devenu très enflé ; notre confrère et ami le docteur Babylic, de Douéra, chez qui les parents l'avaient mené, leur avait déclaré que leur enfant était atteint d'albuminurie due à une néphrite double.

Sous l'influence d'un régime approprié, l'anasarque avait disparu, les accès de dyspnée n'étaient plus revenus.

Nous examinons rapidement les urines, nous les trouvons fortement albumineuses et portons le diagnostic de dyspnée urémique.

Nous prescrivons la potion antispasmodique suivante, à donner à l'enfant par cuillers à café toutes les 1/2 heures :

Laudanum de Sydenham, une goutte.

Hydrate de chloral chimiquement pur, 0,10 centigr.

Julep gommeux, 100 gr.

Un lavement purgatif, des frictions sèches sur le corps, suivies d'enveloppement dans de l'ouate afin de provoquer la transpiration.

La famille s'est formellement opposée à ce qu'une seule goutte de sang soit enlevée à l'enfant auquel nous voulions mettre derrière chaque oreille une sangsue ; nous lui conseillons de retourner avec leur petit malade chez notre confrère de Douéra.

1^{er} novembre. — Nous revoyons cet enfant, ses parents nous apprennent que, le voyant rechuter constamment et pensant qu'il était perdu, ils avaient cessé de le montrer au médecin et ne l'avaient plus soigné. Ils nous apprennent aussi que l'enflure (anasarque) disparaît pendant un mois, puis qu'elle revient pendant 15 jours pour rester 15 jours stationnaire et disparaître ensuite, que chaque fois que cette enflure (anasarque) revient, l'enfant a quelques jours auparavant un accès de fièvre qui dure un ou deux jours. De temps en temps à la moindre fatigue, nous disent-ils, il est très oppressé et respire difficilement.

Au moment de notre examen, cet enfant est assis dans un coin, la tête cachée dans ses mains, les yeux fermés : il est atteint de kératite interstitielle. L'anasarque est général, les jambes, les cuisses, le prépuce, les paupières et la face sont plus adématisées que les mains et les bras.

Le ventre est très gros, plat, étalé, le réseau des veines abdominales très dilaté, la rate et le foie sont volumineux, la cavité abdominale renferme une notable quantité de liquide ascitique.

Bruit de galop au cœur, rien à l'auscultation des poumons; la langue est pâteuse, la diarrhée est constante depuis deux mois.

Les urines sont rares, couleur citrine et contiennent une quantité très grande d'albumine.

Nous ne faisons pas de prescription, les parents ne nous ont pas fait demander et déclarent que les soins des médecins sont inutiles; c'est uniquement pour compléter notre observation que nous sommes allé voir une dernière fois ce malade.



CONCLUSIONS

1° En pays de malaria, comme dans la plaine de la Mitidja et ses environs, les enfants sont atteints les premiers par l'infection tellurique.

2° Elle prend plus facilement chez eux un caractère grave, soit par la nature même des individus qu'elle atteint, soit parce qu'elle est méconnue, que le traitement spécifique n'est pas institué à temps ou l'ait été d'une façon insuffisante.

3° Les modes d'administration de la quinine et les doses varient suivant les âges, les formes de la maladie, la gravité des cas.

4° On préférera l'injection hypodermique aux autres manières d'administrer la quinine, toutes les fois que le diagnostic sera incertain, grave ou quoique bénin, lorsqu'il y aura impossibilité d'employer la voie stomacale, que celle-ci n'aura pas donné de résultat ; les lavements de quinine et les frictions avec la solution de ce sel donnant des résultats très incertains d'absorption chez les enfants et les formes bénignes de la malaria prenant rapidement chez eux le caractère pernicieux, surtout pendant la saison endémo-épidémique.

5° Dans certains cas de fièvre tellurique graves, à forme typhoïde, les lotions, les enveloppements froids à une température de 20° centigr. employés avec la quinine, sont d'une grande utilité ; il en est de même dans les accès ordinaires où l'hyperthermie est très élevée et où la nécessité d'abaisser rapidement la température s'impose.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 6 décembre 1894.

P. SIMON.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 6 décembre 1894.

Le Recteur,

A. GASQUET.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	9
CHAPITRE II. — Aperçu symptomatique.	20
CHAPITRE III. — Traitement	34
CONCLUSIONS	83
